Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2½—3 Bogen. Preis vierteljährig 6 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 46. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

O. Bollinger, München. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. M. v. Schleiss, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 20. 14. Mai 1895. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 46. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. 42. Jahrgang.

Originalien.

Aus der chirurgischen Abtheilung des Königin Augustahospitals zu Berlin.

Ueber subphrenische Abscesse.[1])

Von *R. Lampe*, I. Assistenten der Abtheilung.

Meine Herren! Wenn Maydl in der Einleitung seines Werkes „Ueber subphrenische Abscesse" bemerkt, dass wir es hier mit einem etwas stiefmütterlich bebauten Gebiet zu thun haben, so können wir ihm hierin im Allgemeinen nicht widersprechen. Es liegen zwar von Seiten der inneren Kliniker ungemein werthvolle, in diagnostischer Beziehung grundlegende Arbeiten vor, nicht aber in gleichem Maasse von Seiten der Chirurgen, in deren Händen doch allein die Therapie der subphrenischen Abscesse gelegen ist.

Nun ist allerdings dieses Gebiet von Maydl in sehr umfassender und fruchtbarer Weise behandelt worden; immerhin dürfte es aber noch eine zeitgemässe und hier vor einem Kreis von Chirurgen dankbare Aufgabe sein, über dieses Thema zu sprechen, und so möchte ich mir erlauben, Ihnen über unser einschlägiges Material aus den beiden letzten Jahren Bericht zu erstatten.

Meine Herren! Die Aetiologie der subphrenischen Abscesse ist eine ungemein reichhaltige; wir können mit Maydl zwölf grosse Gruppen derselben unterscheiden. Ich bin nun nicht in der Lage, Ihnen aus unserem Material Belege für jede dieser Gruppen liefern zu können, sondern nur für fünf; ich möchte dabei vorausschicken, dass ich bei der Besprechung der einzelnen Fälle die diagnostische Seite derselben nur kurz berühren werde, um auf dieses wichtige Capitel am Schlusse des Vortrages näher einzugehen.

Ich bringe zunächst einen Fall aus der Gruppe, die die zahlreichsten Beobachtungen aufweist, aus der stomachalen.

Die subphrenischen Abscesse dieser Gruppe entstehen in der grössten Mehrzahl der Fälle im Anschluss an die Perforation eines Ulcus ventriculi, nur in einigen wenigen im Anschluss an Magencarcinom. Es liefert mithin das III. und IV. Decennium hauptsächlich die hierher gehörigen Beobachtungen.

Der Sitz des Abscesses wird bei den nach Ulcus ventriculi entstandenen zumeist der linke subphrenische Raum sein, bei denen nach Carcinom zumeist der rechte, indem die rechts gelegene Partie des Magens, der Pylorus, am häufigsten von der Neubildung ergriffen wird.

Die Mortalität der stomachalen Gruppe ist eine ungemein grosse; in der von Maydl zuammengestellten Casuistik blieben von 35 Fällen 25 sich selbst überlassen und starben sämmtlich; von den übrigen 10 operirten genasen nur 3.

Unser Fall verlief folgendermaassen:

B., 26 Jahre alt, cand. med., früher stets gesund, erkrankte vor ca. 4 Wochen mit Schmerzen im Epigastrium, häufigem Erbrechen (Blut dabei nicht beobachtet); die Schmerzen steigerten sich jedesmal bei der Nahrungsaufnahme; vor ca. 10 Tagen traten Stiche beim Athemholen in der linken Brustseite auf; seit 4 Tagen besteht Schmerzhaftigkeit des ganzen Abdomens, Erbrechen, Aufstossen, schneller Verfall. Patient wurde dem Hospital mit der Diagnose Peritonitis und Pleuritis sinistra überwiesen.

Status praesens: Stark verfallener Patient, Athmung frequent und mühsam, deutliches Zurückbleiben der linken Thoraxhälfte, Puls klein, frequent. Abdomen aufgetrieben, sehr druckempfindlich. Schall über der ganzen linken Thoraxhälfte gedämpft, Herz nach rechts verlagert.

Die Probepunction der linken Brustseite ergibt im VI. Intercostalraum seröses Exsudat, im VIII. jauchigen Eiter. Chloroformnarkose. Resectio costae IX. Eröffnung eines grossen jauchigen Abscesses, dessen obere Wand das Zwerchfell bildet.

Noch am Operationstage starb Patient; bei der Section fand sich ein grosser linksseitiger subphrenischer Abscess, von Zwerchfell, Milz, Magen und linkem Leberlappen, die beiden letzteren mit der Bauchwand verklebt, begrenzt.

In der hinteren Magenwand, in der Nähe der kleinen Curvatur, die Perforationsstelle eines Magengeschwürs, für den kleinen Finger durchgängig. Diffuse eitrige Peritonitis. Seröses Exsudat der linken Pleurahöhle.

Das Ulcus ventriculi sass in diesem Fall also in der hinteren Magenwand und zwar in der Nähe der kleinen Curvatur; dieser Sitz dürfte bei fast allen Fällen, in denen es zur Entwicklung eines subphrenischen Abscesses gekommen ist, übereinstimmend sein.

Geschwüre der grossen Curvatur können zwar ebenfalls zu einem subphrenischen Abscess führen, wie die Casuistik Maydl's beweist, sie scheinen aber eher zur Bildung von Abscessen, die mit dem Zwerchfell nicht in Berührung treten, Veranlassung zu geben.

Wir haben kürzlich einen für diese Verhältnisse sehr instructiven Fall gehabt, und ich möchte mir erlauben, auf denselben kurz einzugehen, wenn ich damit auch etwas von meinem Thema abweiche:

P., 35 Jahre alt, Postsecretär, früher bereits 2mal „magenkrank" gewesen, erkrankte vor 4½ Wochen mit Schmerzen in der Magengegend und Erbrechen.

Status praesens: Abdomen mässig aufgetrieben, Epigastrium stark vorgewölbt, hochgradig schmerzempfindlich. Die Vorwölbung wird durch einen Tumor gebildet, der halbkugelförmig aus der Tiefe aufsteigt; der Schall über dieser Partie ist völlig gedämpft, während sich oberhalb und unterhalb tympanitischer Schall fand. (Magen, resp. Colon transversum.)

Die Vermuthung, dass es sich dem Sitz nach um eine Pankreascyste handele, wurde dadurch bestärkt, dass bei der in Chloroformnarkose vorgenommenen Punction des Tumors eine schwärzliche, flockige, fade riechende Flüssigkeit gewonnen wurde, die deutlich Fett emulgirte. In Anschluss hieran Laparotomie, Längsschnitt im linken Musc. rectus; das Ligamentum gastro-colicum ist mit der Bauchwand verlöthet; es wird durch Längsschnitt eröffnet und eine grosse Menge der eben beschriebenen Flüssigkeit entleert. Die eingelegten Drains führten in eine sich weit in die Tiefe erstreckende Höhle. Der Fall kam 2 Tage nach der Operation zum Exitus; die Section ergab einen Abscess der Bursa omentalis, hervorgerufen durch die Perforation eines Magengeschwürs an der grossen Curvatur.

Der nächste Fall über den ich Ihnen berichten möchte, gehört der Gruppe subphrenischer Abscesse an, die im Anschluss an perityphlitische Processe, insonderheit im Anschluss an die Perforation des Processus vermiformis sich entwickeln

[1]) Vortrag, gehalten in der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins am 14. Januar 1895.

Der subphrenische Abscess entsteht hierbei auf zweierlei Art und Weise. Einmal kriecht die Eiterung längs des Mesenteriolum des Processus in das retrocoecale Zellgewebe; indem letzteres nun, wie die Injectionsexperimente von König und Sänger erweisen, mit dem perinephritischen und subphrenischen Zellgewebslager dieselbe Schicht bildet, steigt die Eiterung continuirlich bis unter das Zwerchfell auf.

Das andere Mal entwickelt sich der subphrenische Abscess discontinuirlich und zwar nach Bierhoff in der Weise, dass die Entzündung der Venen des Processus vermiformis und des Coecum sich bis in den Hauptstamm der Pfortader fortsetzt und hier zu einer eitrigen Phlebitis mit Leberabscessen führt. Es bricht dann ein Abscess, der nahe der convexen Oberfläche der Leber gelegen ist, gelegentlich durch und inficirt den subphrenischen Raum.

Aus der letzteren Entstehungsart geht auch hervor, dass der Abscess nicht stets den rechten subphrenischen Raum einnimmt, wie man es wegen der Lage des Processus annehmen möchte, sondern dass er auch das linke Subphrenium ergreifen kann.

Unser Fall illustrirt die Entstehung des Abscesses auf continuirlichem Wege:

E., 38 Jahre alt, Uhrmacher, litt seit Jahren an chronischer Obstipation, erkrankte plötzlich mit starken Leibschmerzen und Fieber; nach einigen Wochen traten Ikterus und Schmerzen in der Lebergegend auf, die als Gallensteinkolik aufgefasst wurden.

Es entwickelte sich ein allgemeines Siechthum, Thrombose der rechten Vena femoralis.

Nach 5monatlichem Krankenlager wird Patient dem Hospital überwiesen.

Status praesens: Patient stark verfallen, hochgradig erschöpft durch meilenweiten Transport, unklar. Hautfarbe ikterisch; Abdomen mässig aufgetrieben, die rechte untere Extremität stark geschwollen.

Die rechte Seite des Abdomens, von der Darmbeinschaufel bis hinauf zur Leber, zeigt eine deutliche Resistenz, gedämpften Schall; der untere Leberrand überragt den Rippenbogen um 3 Finger breit. Die Pleuren sind frei. Eine eingehendere Untersuchung wurde wegen des moribunden Zustandes des Patienten nicht vorgenommen. 10 Stunden nach der Aufnahme Exitus.

Bei der Section fand sich hinter dem mit der Bauchwand verklebten Coecum ein Abscess, eingedickten Eiter und schmierige Massen enthaltend; der Wurmfortsatz liegt hinter dem Coecum und mündet in den Abscess; sein Ende ist gangränös zerfallen. Der Abscess setzt sich retrocoecal nach oben hinter die Niere und die Leber fort und erfüllt den rechten subphrenischen Raum. In der Gallenblase ein grösserer und ein kleinerer Stein; Thrombose der rechten Vena femoralis.

Ich füge hier einen zweiten Fall hinzu, der die Entstehung des subphrenischen Abscesses auf discontinuirlichem Wege beleuchtet; der Fall ist sehr instructiv bezüglich der chirurgischen Therapie, indem er unter dem Gesichtspunkt des subphrenischen Abscesses, so weit es der Fall zuliess, mit Erfolg operirt wurde und es sich während der Operation herausstellte, dass wir es erst mit der Vorstufe des subphrenischen Abscesses, mit einem Leberabscess, zu thun hatten.

U., 14 Jahre alt, Techniker, erkrankte vor $2^1/_2$ Wochen nach Ueberladung des Magens plötzlich mit Schmerzen in der Coecalgegend und reichlichem Erbrechen.

Auf der inneren Station des Hospitals wurde folgender Status praesens aufgenommen: Ikterische Hautfarbe; Abdomen leicht aufgetrieben; in der rechten Darmbeinschaufel Resistenz, der Schall etwas gedämpft; die Leber überragt den Rippenbogen um 2 Finger breit; die rechte Thoraxhälfte in ihrem unteren Theil etwas aufgetrieben; am Respirationstractus nichts Abnormes.

Allmählich entwickelte sich in der rechten Darmbeinschaufel ein deutliches Exsudat, wesshalb Patient nach Verlauf einer Woche der äusseren Station übergeben wurde.

Chloroformnarkose, Laparotomie, Entleerung eines grossen perityphlitischen Abscesses. Es tritt kein wesentlicher Abfall des Fiebers ein.

Bei dem am 2. Tage nach der Operation vorgenommenen Verbandwechsel zeigt sich eine deutliche Auftreibung der rechten unteren Thoraxpartie, starke Schmerzhaftigkeit der Lebergegend. Eine Probepunction im X. rechten Intercostalraum fördert gallig gefärbten Eiter zu Tage.

Chloroformnarkose. Resection der XI. Rippe in der seitlichen Brustwand; durch erneute Punction ist von hier aus der Eiterherd nicht mehr aufzufinden. Resection der X. Rippe; Eröffnung der Pleura, die sich als frei erweist; die Punction durch das sich vorwölbende Zwerchfell hindurch ergibt Eiter; Incision des Zwerchfells; es erscheint die convexe Oberfläche der Leber in der Wunde; in der Richtung der vorausgegangenen Punction wird mit dem Pacquelin ein ca. apfelgrosser Abscess der Leber, dem Durchbruch in den subphrenischen Raum nahe, eröffnet. Wenige Stunden nach der Operation trat der Exitus ein.

Die Section ergab einen perityphlitischen Abscess, hervorgerufen durch Perforation des Processus vermiformis, dessen Anfangstheil nur in Ausdehnung von 1 cm vorhanden ist, während der übrige Theil ulcerös zerfallen ist. Im Anfangstheil des Coecum finden sich 2 Perforationen, die sich von aussen nach innen kraterförmig darstellen und bei denen die Schleimhaut scharf begrenzt ist, so dass die Perforation zweifellos von aussen nach innen stattgefunden hat. Die Darmschlingen sind mit geringen eitrig-fibrinösen Auflagerungen bedeckt, zum Theil miteinander verklebt, besonders fest auf der Seite zwischen Coecum und Leber. Die Venen des Mesenteriums sind mit vereiterten Thromben erfüllt. Die Leber ist von zahlreichen Abscessen durchsetzt; in einen grösseren führt von der Pleuraseite her ein Drain durch das Zwerchfell hindurch. Im Unterlappen der rechten Lunge ein haselnussgrosser, scharf abgegrenzter nekrotischer Herd.

Mit dem nächsten Fall bin ich in der angenehmen Lage, Ihnen ein Beispiel der interessanten Gruppe subphrenischer Abscesse nach subcutanen Traumen geben zu können.

Die Vorgeschichte dieser Fälle rückt den Zusammenhang des Abscesses mit einem vorhergegangenen Trauma sehr nahe; letzteres zeichnet sich in den meisten Fällen durch seine Geringfügigkeit aus; so wird ein Stoss, ein Fusstritt in die Seite, ein Fall aus geringer Höhe, sogar nur das Heben eines mässig schweren Gegenstandes als Veranlassung angegeben. Die Organe, die in erster Linie betroffen werden, sind Leber und Milz. Das Zustandekommen des Abscesses erklärt Maydl in der Weise, dass das Trauma ein Extravasat setzt, das durch die Nähe des Darmtractus oder durch eine Allgemein-Infection vereitert, oder dass eine capilläre Continuitätstrennung gewisser Organe (Niere, Pankreas, Leber) entsteht und dass der hier austretende Inhalt zur Infection führt oder dass schliesslich breite Rupturen der Organe Abscesse erzeugen und diese in den subphrenischen Raum durchbrechen.

Unser Fall ist folgender:

F., 30 Jahre alt, Arbeiter. Vater an Phthisis pulmonum gestorben; er selbst bisher gesund. Anfangs IX. 94 acquirirte Patient ein Panaritium pollicis, das incidirt wurde; als derselbe Anfangs October mit noch granulirender Wunde die Arbeit wieder aufnahm, stellte sich bei dem Versuche, mit einem Cameraden zusammen einen $4^1/_2$ Centner schweren Kasten aufzuheben, plötzlich ein heftiger, stechender Schmerz in der linken Seite, unterhalb des Rippenbogens, ein; er musste die Arbeit aufgeben und wurde noch an demselben Tage unter Fiebererscheinung bettlägerig; im weiteren Verlaufe traten Husten und Auswurf, mitunter Nachtschweisse auf.

Bei der Aufnahme auf die innere Abtheilung des Hospitals wurde ein linksseitiges pleuritisches Exsudat (Dämpfung vorn von der III. Rippe, hinten von der Spina scapulae an) constatirt, das sich bei der Probepunction als serös erwies; daraufhin Entleerung $^1/_2$ Liters Exsudat durch Punction. Bald darauf stellten sich starke Durchfälle ein, die Diazoreaction und die Indicanprobe fielen positiv aus. Remittirendes Fieber. Das Exsudat stieg wieder an, erwies sich jedoch bei einer am 9. IX. im V. Intercostalraum vorgenommenen Probepunction als serös, während am 12. XI. im VIII. Intercostalraum Eiter gewonnen wurde.

In Folge dessen wurde Patient auf die äussere Station verlegt. Hier wurde in Chloroformnarkose das eben erwähnte Punctionsresultat bestätigt; wir haben indess zunächst nicht an einen subphrenischen Abscess gedacht, sondern eine Senkung der Eiterkörperchen in einem serösen Exsudat resp. ein abgekapseltes Empyem mit daneben bestehendem serösen Exsudat angenommen. Es wurde nunmehr die linke Pleurahöhle durch Resection der IX. Rippe eröffnet und ein citronengelbes reichliches Exsudat entleert; Eiter zeigte sich nicht. In der Wunde sah man das Zwerchfell sehr stark gegen die Pleurahöhle vorgebuchtet; eine Punction durch das Zwerchfell ergab Eiter und es wurde jetzt durch Resection der XI. Rippe ein grosser subphrenischer Abscess, grünlich-gelben, nur wenig riechenden Eiter enthaltend, entleert. Der die Abscesshöhle abtastende Finger stiess in der Tiefe an deren Hinterwand auf ein matsches Organ mit zerklüfteter Oberfläche, das durchaus den Eindruck der Milz machte.

Wir haben desshalb nicht angestanden, den subphrenischen Abscess als Folge des Durchbruchs eines Milzabscesses nach Ruptur dieses Organs durch Heben einer schweren Last anzusprechen; zur Erklärung der Infection liesse sich, abgesehen von der Nachbarschaft des Darmtractus, die vorausgegangene Zellgewebsentzündung am Daumen mitheranziehen. Wegen der im Hospital bei dem Patienten beobachteten Durchfälle (Diazoreaction) haben wir auch an Typhus mit Milzabscess gedacht; die Anzeichen hiefür waren indess nicht zwingend genug, auch ergab eine bakteriologische Untersuchung des Stuhles nichts Positives; eine Malariaerkrankung konnte ebenfalls ausgeschlossen werden.

Der Patient befindet sich in der Reconvalescenz; dieselbe schreitet auffallend langsam fort, so dass ich, trotzdem seit der Operation bereits 2 Monate verflossen sind, nicht in der Lage bin, Ihnen den Patienten hier vorzustellen.[2])

Der nächste Fall gehört derjenigen Gruppe an, bei der sich der subphrenische Abscess im Anschluss an Genitalerkrankungen bei Frauen entwickelt; in der grossen Mehrzahl der Fälle handelt es sich hierbei um krankhafte Processe im Anschluss an Schwangerschaft resp. an das Wochenbett, nur vereinzelt werden Endometritis, Pyosalpinx angegeben. Die Zwischenstufe von der Genitalerkrankung bis zum subphrenischen Abscess bildet in allen Fällen ein Leberabscess. Wenn wir auch noch keine genügende Erklärung für das Zustandekommen des letzteren haben, so ist doch ein ursächlicher Zusammenhang speciell zwischen der Schwangerschaft und dem Leberabscess durch zahlreiche Beobachtungen (so kürzlich 3 Fälle von Chambrelents) festgelegt. Es geht aus den Beobachtungen ferner hervor, dass der Leberabscess meist sehr umfangreich ist, den rechten Leberlappen bevorzugt und näher der convexen Oberfläche der Leber gelegen ist. Hier findet dann gelegentlich ein Durchbruch in den subphrenischen Raum statt, und es entsteht ein Abscess, dessen obere Wand vom Zwerchfell gebildet wird.

Unser Fall ist folgender:

Frau B., 36 Jahre alt, hat 4 normale Geburten durchgemacht und 3mal abortirt. Mitte I. 93 wiederum Abort (III. Monats); am 2. Tage des Wochenbetts wurde von einem Arzt die Ausräumung der Uterushöhle vorgenommen. Am 7. Tage des Wochenbetts traten unter Fieber Schmerzen in der rechten unteren Thoraxpartie auf, die sich schnell verschlimmerten.

Die Frau ist dann ca. 11 Wochen bettlägerig gewesen, hat abendlich Temperatursteigerung gehabt und sich sehr elend gefühlt. Zwischendurch sind mehrmals Probepunctionen der rechten Seite vorgenommen worden, die stets nur „Wasser“ ergeben haben, wie die Patientin sich ausdrückt.

Am 9. IV. wurde durch die Punction Eiter in der rechten Seite gewonnen und die Patientin sofort dem Hospital überwiesen.

Status praesens: Stark heruntergekommene Frau mit leichter ikterischer Hautfärbung. Die rechte untere Thoraxpartie ist besonders nach vorn und nach der Seite vorgewölbt, die betreffenden Intercostalräume sind verstrichen. Vorn links besteht Dämpfung von der IV. Rippe abwärts; die Dämpfungslinie bildet seitlich einen nach oben schwach convexen Bogen. Die Leber überragt den Rippenrand um gut 2 Finger breit. Chloroformnarkose. Probepunction im V. Intercostalraum seitlich ergibt seröses Exsudat, im VIII. Intercostalraum Eiter. Resection der IX. Rippe; die Pleurahöhle wird nicht eröffnet; Entleerung einer grossen, mit zähem, flockigem Eiter gefüllten Abscesshöhle; die obere Wand bildet das stark nach oben verdrängte Zwerchfell. In den bröckligen Partien des Eiters wurde mikroskopisch Leberparenchym festgestellt.

Der Heilungsverlauf ging sehr schnell von Statten, das seröse Exsudat der Pleurahöhle wurde resorbirt.

Mitte Juni konnte die Patientin entlassen werden. Ich habe die Frau vor wenigen Tagen gesehen; sie sieht etwas anämisch aus, hat aber seit der Operation 40 Pfund an Gewicht zugenommen.

Meine Herren! Ich bringe nunmehr unsern letzten Fall, welcher der thorakalen Gruppe der subphrenischen Abscesse angehört. Es liegt ja auf der Hand, dass ebenso wie subphrenische Abscesse in die Pleura aufsteigen, eiterige Erkrankungen derselben durch Senkung subphrenische Eiteransammlungen erzeugen können.

Diese eiterigen Erkrankungen sind einmal das Empyem, ferner der Lungenabscess und die eiterige Pericarditis. Es verdient zunächst die Frage ein näheres Eingehen, an welcher Stelle des Zwerchfells die Perforation desselben stattfinden wird. Beim Lungenabscess und der eiterigen Pericarditis gibt natürlich der Sitz der Eiterung den Ausschlag. Wie steht es aber bei den freien Empyemen der Pleura? Theoretische Erwägungen würden den tiefsten Punkt des kuppelförmig gestalteten Zwerchfells, die hintere Partie desselben, oberhalb der Nieren, zum Durchbruch prädisponirt erscheinen lassen. In Wirklichkeit liegen die Verhältnisse aber anders. Der Druck des Empyems flacht die Convexität des Zwerchfells ab, und es kommt somit die mittlere Partie desselben bezüglich der Perforationsstelle mit in Frage. Ich möchte noch kurz darauf hinweisen, dass es nicht unbedingt nothwendig ist, dass der das Zwerchfell perforirende Eiter einen subphrenischen Abscess erzeuge, sondern es kann sich die Senkung weiter heraberstrecken und so zu Abscessen in der Niere, am Poupart'schen Band, in der Hüftgegend führen.

Ich gehe nunmehr auf unsern Fall ein.

M., 22 Jahre alt, Kaufmann, hat früher an Gelenkrheumatismus und Trichinose gelitten. Am 11. XII. 93 erkrankte er an linksseitiger Pneumonie, wonach sich ein Empyem entwickelte; letzteres brach am 20. XII. spontan durch, es wurden 3 Speigläser voll reinen Eiters expectorirt.

Für einige Tage hatte Patientin Erleichterung, dann stellten sich aber von Neuem Beschwerden in der linken Brustseite und in der Magengegend ein. Ende December liess sich Patient in das Hospital aufnehmen.

Status praesens: Linkes Hypochondrium etwas aufgetrieben, auf Druck schmerzhaft; unter dem linken Rippenbogen in der Tiefe eine gewisse Resistenz und das Gefühl eines etwas beweglichen ca. faustgrossen Körpers.

Ueber der ganzen linken Thoraxhälfte ist der Schall überall höher und kürzer wie rechts, in der seitlichen Partie von der IV. Rippe abwärts völlige Dämpfung, aufgehobenes Athmungsgeräusch. Die Probepunction im VI. Intercostalraum ergibt Eiter. Resection der VII. Rippe am Angulus. Bei nochmaligem Punctiren der Pleura von hier aus ist kein Eiter mehr zu finden, dagegen einen Intercostalraum tiefer. Resection der VIII. Rippe; bei nochmaligem Punctiren von hier aus wird der Eiterherd zunächst wiederum nicht mehr aufgefunden, schliesslich erhält man Eiter durch ganz steiles Einsetzen der Nadel gegen das Zwerchfell nach unten. Es wird nunmehr incidirt; die Pleura zeigt sich in diesem Bereich obliterirt, so dass das Zwerchfell ohne vorangegangene Eröffnung der Pleura incidirt werden kann. Hierauf entleert sich eine grosse Menge grünlichen Eiters. Der Finger gelangt in eine grosse Abscesshöhle, an deren hinterer Wand ein ziemlich frei bewegliches Organ, das als Milz angesprochen wird, zu fühlen ist. (Es wird hierdurch eventuell eine Erklärung der wechselnden Punctionsresultate gegeben, indem die bewegliche Milz sich einmal der Nadel vorlegte, dann aber wieder den Weg in die Abscesshöhle freigab.)

Es trat nunmehr für ca. 1 Woche eine Besserung im Befinden des Kranken ein, dann stellten sich unter Fieber wieder Husten und Stiche in der linken Seite ein; es handelte sich um eine Wiederansammlung des früheren Empyems, welches Mitte Januar durch Resection der V. Rippe entleert wurde. Man konnte hierbei mit dem Finger die Zwerchfelloberfläche abtasten und es fand sich in dem mittleren Theil desselben eine trichterartige Vertiefung, in den subphrenischen Raum hineinragend; der Trichter war nach unten verschlossen. Wir gehen wohl nicht fehl, diese Stelle als die ehemalige Perforationsstelle des Empyems in das Subphrenium anzusehen.

Gegen Mitte Februar konnte Patient entlassen werden.

Meine Herren! Es wäre hiermit der Bericht über unsere Fälle von subphrenischem Abscess abgeschlossen, und ich möchte mir nun noch erlauben, auf die Diagnostik des subphrenischen Abscesses, so weit sie unsere Fälle betrifft, kurz einzugehen.

Ich möchte zunächst darauf hinweisen, dass wir es in keinem unserer Fälle mit einer Gasentwickelung in der Abscesshöhle zu thun gehabt haben, es haben uns also nicht die werthvollen diagnostischen Merkmale zu Gebote gestanden, die Leyden für den „Pyopneumothorax subphrenicus“ aufgestellt hat. In unseren Fällen handelte es sich einmal um einen uncomplicirten subphrenischen Abscess (perityphlitische Gruppe), in 3 anderen um die sehr häufige Complication mit seröser Pleuritis, in unserm letzten Fall war eine eiterige Erkrankung der Pleura, ein Empyem, das Primäre, das durch Perforation des Zwerchfells den subphrenischen Abscess erzeugt hatte.

Ich möchte bei dieser Besprechung den Fall aus der perityphlitischen Gruppe ausschliessen; ich berichtete Ihnen, dass der Fall moribund eingeliefert wurde und dass desshalb von einer eingehenden Untersuchung Abstand genommen werden musste. Wir haben der Anamnese und dem Befund nach einen Abscess nach Perityphlitis angenommen, constatirten, dass sich auf der rechten Seite des Abdomens eine Resistenz von der Darmbeinschaufel bis zur Leber herauf erstreckte, fanden die Pleuren frei. Die Diagnose auf einen ausgebildeten subphrenischen Abscess haben wir nicht gestellt.

Betreffs der 3 mit seröser Pleuritis complicirten Fälle möchte ich allgemein bemerken, dass diese Complication für die Diagnostik ohne Zweifel eine Erleichterung bedeutet, denn es

[2]) Seit Mitte Februar fieberte Patient wiederum; Anfangs März zeigte sich die untere Narbe vorgewölbt, geröthet; durch Incision Entleerung eines Tassenkopfs wenig riechenden Eiters. Darauf Abfall des Fiebers; seit Mitte März jedoch wiederum Fieber und Anzeichen eines sich entwickelnden Senkungsabscesses. Dabei ist der Kräftezustand ein guter, so dass wir die Hoffnung auf völlige Genesung aufrecht halten.

wird hierdurch für eine Untersuchungsmethode ein weitreichender Angriffspunkt geboten, für die Probepunction.

Gewinnen wir bei einem Patienten durch die Punction eines höher gelegenen Intercostalraums seröses Exsudat, durch die eines tiefer gelegenen Eiter, so liegt der Gedanke sehr nahe, dass es sich um zwei durch eine Scheidewand getrennte Flüssigkeitsansammlungen handele. Als Scheidewand kann wohl nur das Zwerchfell in Frage kommen. Absolut sicher können wir auf dieses Punctionsergebniss hin unsere Diagnose aber nicht stellen. Einmal können sich die Eiterkörperchen im Serum senken oder es kann neben einem abgekapselten Empyem ein seröses Exsudat bestehen; bei beiden würden wir dasselbe Punctionsresultat erhalten wie bei einem mit seröser Pleuritis complicirten subphrenischen Abscess. Eine grössere Sicherheit der Diagnose würde uns die Probepunction geben, wenn sie in dem tiefer gelegenen Intercostalraum jauchigen Eiter lieferte, denn jauchige Producte können sich im Serum nicht absetzen, sondern sind darin gelöst. Allein Guttmann stellte auf dieses Punctionsergebniss hin die Diagnose auf subphrenischen Abscess und die Section des Falles ergab einen abgekapselten Jaucheherd innerhalb der Pleurahöhle, hervorgerufen durch Gangrän des unteren Lungenlappens; darüber hatte sich ein serofibrinöses Exsudat gebildet.

Auch nicht die Anwesenheit von Bestandtheilen eines Parasiten oder von Mageninhalt in der Punctionsflüssigkeit ermöglicht absolut sicher die Diagnose auf subphrenischen Abscess.

Die Auscultation und Percussion leisten bei diesen Fällen keine grossen Dienste, nur dort, wo bei den mit seröser Pleuritis complicirten Fällen zugleich eine Gasentwickelung in dem subphrenischen Abscess stattgefunden hat, stehen sie als Untersuchungsmittel an erster Stelle.

In einer genauen Berücksichtigung der Anamnese besitzen wir aber noch ein nicht zu unterschätzendes Hülfsmittel für die Diagnostik unserer Fälle; dieselbe wird in den meisten Fällen als das Primäre einen entzündlichen Process in der Abdominalhöhle ergeben, dem sich dann später eine Erkrankung der Pleura anschloss.

Die Anamnese bildet für die thorakale Gruppe, zu der der an letzter Stelle mitgetheilte Fall gehörte, sogar die Hauptstütze für die Diagnostik; hier hat das Krankheitsbild mit einem entzündlichen Process innerhalb der Brusthöhle eingesetzt, dem sich später krankhafte Erscheinungen seitens der Abdominalhöhle anreihten. So gab auch in unserm Fall der Patient mit Bestimmtheit an, dass die Erkrankung der Lunge „sich nach der Magengegend hingezogen habe". Die Probepunction in der oben angeführten Bedeutung fällt für die thorakale Gruppe natürlich fort. Auch eine sich weit nach abwärts erstreckende Dämpfung an der erkrankten Thoraxseite, die Höhe der Zwerchfellinsertion weit überschreitend, eventuell die durch Probepunction der untersten Intercostalräume festgestellte Anwesenheit von Eiter bürgen uns nicht dafür, dass sich die Eiteransammlung in der Pleura durch das Zwerchfell hindurch in das Subphrenium ergossen habe. So operirte Maydl einen Patienten mit Pleuraempyem, wobei sich Fisteln im Hypochondrium und unterhalb der XI. Rippe gebildet hatten. Nachdem breit resecirt worden war, zeigte sich, dass durch den Druck des Empyems das Zwerchfell nach unten gegen die Abdominalhöhle vorgewölbt worden war, so dass der untere Abschnitt der auf diese Weise enorm erweiterten Pleura der Höhe des subphrenischen Raumes bei normalem Stand des Zwerchfells ungefähr entsprach.

Alles in Allem genommen, meine Herren, sehen wir also, dass uns für unsere Fälle keine absolut sicheren diagnostischen Merkmale zu Gebote standen; immerhin dürfte es aber, um diese Ausführungen mit Maydl's Worten zu beschliessen, bei einiger Aufmerksamkeit in den meisten Fällen gelingen, die Diagnose rechtzeitig zu stellen und die Fälle der einzig zulässigen chirurgischen Therapie zuzuführen.

Eine weitere Beobachtung über das Verhalten des Stoffwechsels bei der Schilddrüsenfütterung.

Von Dr. *Adolf Dennig*, Privatdocenten an der Universität Tübingen.

Im Anschluss an meine Mittheilungen „Ueber das Verhalten des Stoffwechsels bei der Schilddrüsenfütterung", in No. 17 dieser Wochenschrift, kann ich über einen weiteren Fall berichten, welchen ich 30 Tage lang in der hiesigen chirurgischen Klinik zu beobachten Gelegenheit hatte. Ich ging mit den Untersuchungen in derselben Weise vor wie früher, nur beschränkte ich mich dieses Mal auf die Gesammtstickstoffbestimmung nach Kjeldahl, da — wie aus den früheren Tabellen ersichtlich — die Ausscheidung des Harnstoffs mit der des Gesammtstickstoffs in ziemlich regelmässiger Weise Hand in Hand geht.

Der Fall betrifft eine 30jährige gut genährte, kräftige, an Lupus leidende Patientin. Nachdem dieselbe 4 Tage lang gleichmässige Mengen N — im Mittel 14,95 g — ausgeschieden, bekam sie englische Schilddrüsentabletten und zwar 15 Tage lang 3 Stück, dann in steigender Dosis bis zu 5 Stück pro Tag.

Ich lasse zunächst Tabellen und Curve folgen.

A. Vorperiode.

Datum	21. III	22.	23.	24.
Zahl der Schilddrüsentabletten	—	—	—	—
Harnmenge	1750	1630	1650	1570
Gesammt-N in g nach Kjeldahl	14,9	14,8	15,0	15,1
Körpergewicht	65,0 kg	—	65,5	—
Puls Morgens	83	70	74	78
Puls Mittags	82	78	70	70
Puls Abends	68	62	64	65

Bemerkungen: In der Vorperiode bekam Patientin täglich 2 Tabletten aus Milchzucker.

B. Schilddrüsenperiode.

Datum	25. III.	26.	27.	28.	29.	30.[1]	31.[2]	1. IV.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.
Zahl d. Schilddrüsentabl.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	5
Harnmenge	1810	1890	1810	1650	1880	1500	1370	1500	1650	1520	1540	1450	1260	1360	1380	1440	1350	1420	1460	1320	1630
Ges.-N in g n. Kjeldahl	16,2	16,8	17,23	17,67	17,31	—	17,64	15,60	18,16	17,66	17,32	17,86	16,58	17,13	17,29	17,44	18,33	18,61	16,4	16,7	17,11
Körpergewicht	65,5	—	65,5	—	65,0	—	65,0	—	64,5	—	65,0	—	64,5	—	65,0	—	65,0	—	65,0	—	65,0
Puls Morgens	72	70	84	88	66	82	90	80	94	82	94	84	100	78	94	96	100	106	108	114	136
Puls Mittags	74	72	72	78	76	70	80	90	86	94	84	100	90	88	88	86	88	88	96	114	82
Puls Abends	65	74	75	82	80	84	86	72	84	98	96	84	90	76	90	88	94	88	112	98	100

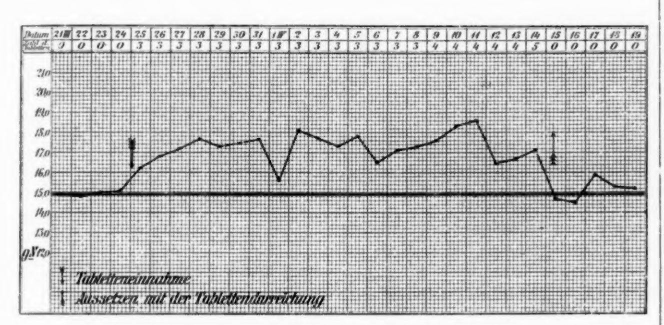
Bemerkungen: Die Körperwärme wurde durch die Schilddrüseneinnahme nicht beeinflusst; die Temperatur bewegte sich — 3 Messungen pro Tag — zwischen 36,5 und 37,7° C. Am 14. IV. collabirte die Patientin, hatte heftiges Herzklopfen, und frequenten kleinen Puls, wesshalb von weiterer Thyreoideadarreichung abgesehen werden musste.

[1]) Der Harn vom 30. III. wurde aus Versehen vor der Untersuchung weggegossen. — [2]) Während meiner Abwesenheit von Tübingen hatte Herr cand. med. Trendel die Güte, vom 31. III. bis 2. IV. die N-Untersuchungen vorzunehmen.

C. Nachperiode.

Datum	15. IV.	16.	17.	18.	19.
Zahl der Schilddrüsentabletten	—	—	—	—	—
Harnmenge	1530	1300	1180	1130	1410
Gesammt-N in g nach Kjeldahl	14,77	14,56	15,9	15,3	15,2
Körpergewicht	—	64,5	—	64,5	64,5
Puls: Morgens	122	96	84	110	104
Puls: Mittags	98	90	94	104	96
Puls: Abends	110	100	108	110	96

Bemerkung: Patientin erholte sich nach dem Aussetzen der Tablettendarreichung ziemlich rasch, doch blieb in den folgenden Tagen der Puls frequent und klein.



Was in diesem Fall zunächst das Körpergewicht betrifft, so sehen wir in der Vorperiode eine geringe Zunahme desselben — um 1/2 kg —, in der zweiten Periode erfolgt ein Abfall auf 64,5 kg, und auf dieser Höhe hält sich das Gewicht mit geringen Schwankungen.

Die Harnmenge steigt mit der Schilddrüseneinnahme sofort um beiläufig 200 ccm pro Tag, aber die gesteigerte Urinausfuhr bleibt nur 5 Tage lang bestehen, dann sinkt die tägliche Harnmenge und bleibt dauernd unter dem Werthe der Vorperiode. In letzterer beträgt die durchschnittliche Tagesmenge 1650 ccm, in der Schilddrüsenperiode nur 1530 ccm. Es ist selbstverständlich, dass Tag für Tag dasselbe Flüssigkeitsquantum — von 2500 ccm — zugeführt wurde.

Von Wichtigkeit ist auch das Verhalten des Pulses. Während in der ersten Periode im Mittel 72 Pulsschläge gezählt wurden, stieg in der zweiten die durchschnittliche Pulsfrequenz auf 88, also eine Zunahme um 22 Proc. Als die Tablettendosis gesteigert wurde, ging auch sofort der Puls in die Höhe bis auf 136, zugleich wurde er klein; auch in der Nachperiode wurde noch frequenter und kleiner Puls beobachtet.

Bezüglich der Stickstoffabgabe liegt der Fall zwischen den früher mitgetheilten Fällen I und III. Die Curve erreicht nicht die excessive Höhe wie in Fall III, aber sie übertrifft doch bedeutend diejenige in Fall I. Sofort mit der Tabletteneinnahme erhebt sich die N-Ausscheidungscurve und steigt in den nächsten Tagen weiter an; am 1. IV. erfolgt ein Niedergang, aber Tags darauf sogleich wieder ein Emporschnellen um 2,5 g N, auf welcher Höhe die Curve mit geringen Schwankungen beharrt. Mit der erhöhten Tablettengabe wird auch die N-Secretion vermehrt, es wird der höchste Stand von 18,6 g erreicht; aber nur 2 Tage bleibt sie auf dieser Höhe, dann sinkt sie und hält sich um 1,5—2,0 g über der Norm. Nach Aussetzen des Mittels fällt die Curve rasch, und die Werthe sind dieselben wie in der Vorperiode.

Während in der ersten Periode die N-Abgabe im Mittel 14,95 g betrug, belief sie sich in der Schilddrüsenperiode auf 17,25 g, in der Nachperiode auf 15,15 g, mithin fand zur Zeit der Thyreoideadarreichung eine Steigerung der Stickstoffausfuhr um 2,3 g = 15 Proc. statt.

Die Beobachtung dieses vierten Falls bestätigt meine kürzlich ausgesprochene Annahme, dass bei der Schilddrüsenfütterung individuelle Unterschiede im Körperhaushalt bestehen, dass der Stoffwechsel des Einen sehr bedeutend beeinflusst wird, während ein Anderer das Mittel unbeschadet in grösseren Dosen zu sich nehmen kann.

Ueber intravenöse Injectionen mit Sublimat.

Von Dr. *Görl* in Nürnberg.

Eine jede der bisher bekannten Arten der Syphilisbehandlung stösst in der Praxis manchmal auf Schwierigkeiten. So ist die Schmierkur häufig aus äusseren Gründen, eine Pillenkur manchmal wegen eines empfindlichen Magendarmcanals unausführbar. Die intramusculären und subcutanen Injectionen von Quecksilberpräparaten sind wegen ihrer Schmerzhaftigkeit oft von den Patienten gefürchtet.

Als daher Baccelli sein Verfahren der intravenösen Injectionen, das mit Ausnahme des Nadelstiches bei richtiger Ausführung völlig schmerzlos ist, veröffentlichte,[1]) versuchte ich zur Gewinnung eines Urtheils diese neue Methode an einer Anzahl Patienten. Ich wählte dazu Erscheinungsformen der Syphilis, die erfahrungsgemäss nicht von selbst rasch heilen.

Zur Anwendung gelangte eine Sublimatkochsalzlösung 1,0 : 3,0 : 1000,0. Die Injectionen wurden jeden zweiten Tag gemacht, indem von obiger Lösung erst 1, dann 2 bis zu 5 ccm steigend genommen wurden.

Vor der weiteren Besprechung möchte ich kurz die Krankengeschichten der behandelten Patienten anführen.

1) J. L., 45 Jahre alt. Infection Februar 1893. Dortmals Schmiercur mit 10,0 g, die Patient nach 6 Einreibungen aufgab, da er sich für gesund hielt.

October 1894. Papilläre nässende Wucherungen auf der Stirn, nässende Papeln an beiden Nasenöffnungen, am Scrotum und der Afterfalte.

Nach der dritten Injection (0,006 Sublimat im Ganzen) zeigen die papillären Excreszenzen an ihrer Basis einen weisslichen Saum, wie von geringer Verätzung. Nach der 5. Injection sind sie trocken, die Behandlung kann aber nicht fortgeführt werden, da bei dem sehr corpulenten Patienten nur ein ungefähr 1/2 cm grosses Stück der V. basil. links für die Injectionen benützt werden konnte.

2) Frau W., 40 Jahre alt. Zeit der Infection nicht eruirbar. Plaqu. muq. entlang der Zahnreihe am harten Gaumen, theilweise mit kleinen papillären Wucherungen besetzt. 10 Einreibungen mit Quecksilberseife, sowie Aetzungen mit 50 proc. Chromsäurelösung hatten keinen Erfolg.

Nach 4 intravenösen Injectionen trat Heilung ein (0,008 Sublimat). Bei der 5. Injection traten geringe Schmerzen im rechten Arm auf. Obwohl die Venen bei dieser Patientin nach der Abschnürung nicht sichtbar wurden, sondern nur durchgefühlt werden konnten, gelang jede Injection (im Ganzen 10).

3) E. N., 21 Jahre alt, Kaufmann. Infection April 1893. Juni papulöses Syphilid, periostale Auftreibung am rechten Stirnbein, starker Kopfschmerz. 30 Einreibungen à 10,0 (50 Proc.) grauer Salbe. April 1894 Plaq muq. auf der Zunge. In der Nasolabialfurche kleinpapulöses Syphilid. Heilung auf 9,0 Hy tannic.

October 1894 nässende Papeln im Sulc. penis mit starker Induration. Heilung nach 4 Injectionen (0,008). Nach der 5. Injection ist der Patient geschäftlich verhindert diese Behandlung fortzusetzen.

4) S. E., 24 Jahre alt, Kaufmann. Infection 9. März 1894. Ende April wegen Roseola 25 Einreibungen mit einer 25 proc. Resorbinquecksilbersalbe (7,0 g pro dosi).

Juli Schleimpapeln an der Oberlippe, die auf 6,0 Hy tannic. heilen.

October maculöses Syphilid und Schleimpapeln auf den Tonsillen. Letztere heilen nach 3 Injectionen, während die Hauterscheinungen erst nach 7 Injectionen verschwanden. Nach der 8. Injection (0,02 Sublimat) verbietet eine eintretende Stomatitis die weitere Behandlung.

5) F. S., 25 Jahre alt, Beamter. Infection April 1892. Wegen Roseola 6 Injectionen mit Hg salicylic. December 1892 Rupia syph. am rechten Unterschenkel, geschwürig zerfallene Papeln an der Glans. Auf 40 Einreibungen à 10,0 (50 Proc.) grauer Salbe und hohe Dosen Jodkali. Heilung. Juli 1893 Gummata am Unterschenkel und Penis, die auf Jodkali heilten. Eine darauf eingeleitete Schmiercur wurde schlecht vertragen, so dass dieselbe nach 10 Einreibungen sistirt werden musste. Juli 1894 serpiginöses Syphilid am Dorsum des rechten Fusses, das auf 150 g Jodwasserstoffsäuresyrup und 2 intramusculäre Sublimatinjectionen heilte.

Ende November Recidiv am gleichen Fuss. Heilung nach 3 intra-

[1]) Berliner klin. Wochenschrift, 1894, No. 13. Baccelli: Ueber intravenöse Injectionen mit Sublimat.

venösen Sublimatinjectionen (0,009), wesshalb Patient die weitere Behandlung aussetzt.

6) E. M., 24 Jahre alt, Kaufmann. Infection vor 4 Jahren. Im Frenul. ling. ein exulcerirtes Gumma. Heilung nach 3 Injectionen von je 0,003 und Aetzung mit 50 proc. Chromsäurelösung. Patient ist Reisender und muss aus geschäftlichen Gründen die Cur unterbrechen.

7) M. L., 29 Jahre alt, Arbeiterin. Infection vor 4 Jahren. Keine Behandlung.

April 1894: Lup. syphil. zu beiden Seiten der Nase und am Hals rechts, je in der Grösse eines 5 Markstückes. Heilung Ende Juli auf 80 g Jodkali und 100 g Ungt. ciner. August Recidiv, (auch am Halse links), das weder durch Jodkali noch durch Schmiercur zu beeinflussen ist.

Es wurden desshalb intravenöse Injectionen gemacht, die in 14 Tagen (0,0195 Sublimat) Heilung herbeiführen. Weitere Injectionen konnten nicht gemacht werden, da die Ven. basil. nur wenig deutlich sichtbar waren.

Schon nach 14 Tagen traten neue Gummata auf, die auf Ausschabung und Aetzung heilten.

8) M. W., 25 Jahre alt, Kaufmann. Infection vor 2 Jahren. Wegen Roseola 8 Hydrarg. salicyl. Injectionen.

October 1894 traten nach einem Coitus 3 nässende Papeln am Präputium mit starker Induration auf. Die Papeln heilten auf Jodoformäther in 7 Tagen, während die Induration bestehen blieb. Dieselbe verschwand nach 3 intravenösen Injectionen (0,007). Nach der 6. Injection ist der Patient verhindert sich weiter behandeln zu lassen.

9) G. M., 35 Jahre alt, Lader, Infection vor 1 Jahr. Schmiercur. Beide Nasenlöcher sind jetzt durch papilläre Wucherungen völlig verlegt, so dass Patient nur durch den Mund athmen kann. Dieses papilläre Syphilid erstreckt sich rechts auch 2markstückgross auf die Oberlippe und ist hier mit Krusten bedeckt. Letztere stossen sich nach 3 Injectionen (0,002 + 0,0025 + 0,003 ab. Nach der 5. Injection (0,004 + 0,004) kann der Patient wieder durch die Nase athmen. Um die Heilung zu beschleunigen, wurde jetzt ausserdem mit Chromsäure geätzt. Dieselbe trat nach 12 Injectionen mit einem Gesammtverbrauch von 0,046 Sublimat am 25. November ein.

Doch schon Weihnachten stellte sich wieder ein Recidiv in Form eines papillären Syphilids am Hinterkopf ein.

Der Erfolg ist, wie man aus den obigen 9 Fällen ersieht, ein rasch eintretender. Baccelli und Blaschko[2]) haben die gleiche Beobachtung gemacht. Auch Uhma[3]) erzielte bei einigen seiner 6 nach dieser Methode behandelten Fälle rasche Heilung, wenn man die geringen Mengen, die er verwendete — pro Tag eine Pravazespritze einer 1—2 proc. Sublimatlösung —, in Betracht zieht.

In theoretischer Beziehung bieten Fall 1 und 4 einiges Interesse.

Bei ersterem Patienten J. L. zeigte sich nach der dritten Injection (0,006 Sublimat) an der Basis des papillären Syphilids ein weisslicher Ring direct an der Grenze, wo das neugebildete Gewebe mit der Haut zusammenstiess, genau so, als wenn hier mit einer schwachen Sublimatlösung geätzt worden wäre. Man kann dies nicht anders deuten, als dass das neugebildete Gewebe durch das injicirte Sublimat direct — zum Theil wenigstens — zerstört wurde.

Fall 4. S. E. interessirt desshalb, weil er einen ungefähren Anhaltspunkt für die Frage gibt, wie viel Quecksilber bei der Schmiercur vom Blut aufgenommen wird und in demselben circulirt.

Der betreffende Patient hatte im April wegen einer Roseola 25 Einreibungen à 7,0 (25 Proc.) Resorbinquecksilber ohne Spuren einer Stomatitis durchgemacht, eine solche aber bekommen, als er im Juli wegen Schleimpapeln 4,5 Hg tannic. genommen hatte. Eine Zahnfleischentzündung ungefähr gleichen Grades stellte sich bei diesem Patienten nach 8 Injectionen (0,02 Sublimat) ein, die in zweitägigen Zwischenräumen gegeben worden waren. Wenn man nun annehmen darf, dass die Empfindlichkeit des Patienten gegen Quecksilber stets die gleiche war, so circulirten hoch gerechnet nie mehr als 0,01 Quecksilber (als Sublimat angenommen) im Blut bei einer Salbenmenge von $6 \times 7,0 = 42$ g oder 10,5 g regul. Quecksilber, die am Schlusse jeder Einreibungscur vor dem Bad am siebenten Tag sich auf der Haut befindet. Die Zahl 0,01 ist ziemlich hoch gegriffen, da, wie Blaschko fand, bei intravenösen Injectionen das injicirte Quecksilber meist schon am dritten Tag im Durchschnitt wieder aus dem Körper ausgeschieden ist.

Letzteres Verhalten erklärt uns auch das rasche Auftreten von Recidiven, wie es Blaschko beobachtete und auch in zwei von mir behandelten Fällen (7. und 9.) sich zeigte.

Bei Fall 9 wurde versuchshalber neben den Injectionen dreimal täglich 1 Theelöffel einer 10procentigen Jodkaliumlösung gegeben. Theoretisch wäre es nämlich möglich, dass die Sublimatinjectionen, während Jodkali im Blute kreist, Anlass zu unangenehmen Störungen durch Bildung von Jodquecksilbersalzen gebe. Es traten aber keinerlei Erscheinungen auf, durch die sich die diesem Patienten applicirten Injectionen von anderen unterschieden hätten.

Die Technik der intravenösen Injectionen ist bei gut ausgeprägten Venen nach Umschnürung, die vor Beginn des Einspritzens wieder gelöst wird, keine schwierige. Um sicher zu gehen, dass man sich wirklich in der Vene befindet, empfiehlt Altmann-Metz, die Nadel allein einzustechen und erst, wenn einige Tropfen venösen Blutes ausquollen, die Spritze aufzusetzen. Dies Verfahren ist aber nur dann gut auszuführen, wenn man mit Assistenz arbeitet. Andernfalls wird die Nadelspitze im Innern der Vene viel zu sehr hin und herbewegt, so dass letztere leicht lädirt werden kann, was Veranlassung zu Thrombenbildung geben würde. Am besten ist es daher, die sehr dünne, scharfe und möglichst kurze Nadel in stark schräger Richtung ziemlich weit in die Vene einzustossen. Es ist dann die Gefahr, die Vene auch auf der entgegengesetzten Seite zu durchstossen, ausgeschlossen und man merkt an der freien Beweglichkeit der Nadelspitze, dass man sich wirklich in der Vene befindet.

Da anzunehmen war, was Blaschko durch Untersuchung des Urins auf Quecksilber auch bestätigte, dass das injicirte Sublimat nicht gleich am ersten Tag schon völlig aus dem Körper ausgeschieden sei, so machte ich die Injectionen nur jeden zweiten, bei 4 und 5 ccm nur jeden dritten Tag. Man erhält so Heilungsresultate mit den wenigstmöglichen Quantitäten Quecksilber, was bei einer Idiosynkrasie gegen dieses Mittel nicht zu unterschätzen ist; schädliche Folgen — Albuminurie, Darmblutungen etc. — habe ich nicht beobachtet, auch keine Thrombosirungen. Vorsichtshalber machte ich die ersten Injectionen stets möglichst peripher, um so auch bei eventueller Thrombosirung noch ein genügendes Stück der Vene zu Injectionen zur Verfügung zu haben. Wie aus dem oben erwähnten Aufsatze Blaschko's hervorgeht, hat dieser viel häufiger Thrombosirung und stärkere Schmerzhaftigkeit der Injectionsstelle gesehen, besonders wenn die Injectionsflüssigkeit in das perivasculäre Gewebe gelangt war. Jedoch hat er eine drei- und sechsmal so starke Lösung als Baccelli verwendet, was wohl der Hauptgrund dieser Zwischenfälle war. Denn es ist besonders beim Zurückziehen der Nadel nicht immer zu vermeiden, dass ein oder zwei Tropfen der injicirten Flüssigkeit in das perivasculäre Gewebe gelangen. Je mehr die betreffende Lösung Sublimat enthält, um so stärker wird dann auch die Reizung ausfallen.

Hat man die Vene richtig getroffen, so empfindet der Patient keinerlei Schmerzen. Fühlt man sich seiner Sache nicht ganz sicher, so spritzt man nur wenig Flüssigkeit aus. Gibt dann der Patient an, dass er Schmerzen habe, so befindet sich die Nadelspitze nicht in der Vene und man versucht vom gleichen Stichcanal aus in dieselbe zu gelangen oder, noch besser, man wählt eine andere Stelle der Vene zur Injection aus. Je rascher das Durchstechen der Haut und Venenwandung erfolgt, desto seltener misslingt die Injection. Sehr häufig bildet sich nach derselben, besonders wenn man stärkere Nadeln benützt, eine bläuliche Verfärbung entlang der Vene. Uhma glaubt, dass dies durch eine Diapedese von rothen Blutkörperchen in Folge der Reizung der Venenwandung verursacht werde. Nun sieht man aber ziemlich oft, dass nach dem Zurückziehen der Nadel 1—2 Tropfen venösen Blutes aus dem Stichcanal dringen. Es

[2]) Blaschko, Ueber intravenöse Sublimatinjectionen bei Syphilis. Berliner klin. Wochenschrift, 1894, No. 45.

[3]) Uhma, Ueber die von Baccelli empfohlenen intravenösen Sublimatinjectionen. Archiv f. Dermatologie, 29. Bd., 2. Heft, S. 191.

[4]) Berliner klin. Wochenschrift, 1894, No. 48, S. 1102.

dürfte desshalb wahrscheinlicher sein, dass die blaue Verfärbung von Blut stammt, das aus der Vene in das perivasculäre Gewebe durch die Stichöffnung gelangte.

Für den Praktiker fragt es sich nun, ob diese neue Methode vor der älteren Syphilisbehandlung solche Vortheile hat, dass sie allgemein eingeführt zu werden verdient, oder ob sie nur für specielle Fälle reservirt bleiben soll. Am besten können wir dies dadurch entscheiden, dass wir die Vor- und Nachtheile dieser Behandlung nebeneinander stellen.

Vortheile sind: 1) Die Schmerzlosigkeit der Injection.

2) Die geringe, genau bestimmte Sublimatquantität.

3) Die Schnelligkeit, mit der die Heilung eintritt.

4) Die Gefahrlosigkeit (so weit bis jetzt bekannt).

5) Die Behandlung ist eine unauffällige und nicht mit Berufsstörung verknüpft.

Als Nachtheil ist hervorzuheben: 1) Die Unmöglichkeit, die Injection dort zu machen, wo das oberflächliche Venennetz nicht leicht zugänglich ist.

2) Das schnelle Eintreten von Recidiven.

Letzteres ist der gewichtigste Grund gegen eine allgemeine Einführung der Baccelli'schen Injectionen. Sie sind desshalb nur in bestimmten Fällen anzuwenden, wenn die Schmerzen der intramusculären und subcutanen Injectionen gefürchtet werden und eine Schmier- oder Pillencur nicht angängig ist, wenn der Patient in Folge anderweitiger Erkrankung (Tuberculose) oder starker Empfindlichkeit gegen Quecksilber von diesem nur geringe Mengen einverleibt bekommen soll, ferner wenn schwere syphilitische Erscheinungen vorliegen, die ein rasches Eingreifen erfordern, z. B. Gehirn- oder Augenerkrankungen secundären Ursprungs. In letzterem Fall muss aber zur besseren Fixirung der Heilung oder Besserung eine Schmiercur nachfolgen. Fall 6 meiner Patienten ist einer derer, die durch das Lesen der bekannten literarischen Erzeugnisse eine heillose Furcht vor dem Quecksilber bekommen haben. Ich konnte ihn dazu überreden, dass er sich mit so geringen Dosen, ohne eine Quecksilbervergiftung befürchten zu müssen, behandeln lassen könne. Es wären also auch derartige Patienten für diese Behandlung nach Baccelli einzureihen.

Es eignen sich demnach die Baccelli'schen Injectionen nur für bestimmte Ausnahmsfälle; als Behandlung in jedem Fall, wie es Baccelli will, werden sie sich kaum in der Praxis einführen oder bewähren.

Aus dem pathologischen Institut zu München.

Ueber die Gewichtsverhältnisse des Körpers und der Organe bei Tuberculösen im jugendlichen Alter.

Von Dr. *K. Oppenheimer* in München.

In der reichhaltigen Literatur über die Tuberculose vermisste ich bisher jede Angabe über die Gewichtsverhältnisse des tuberculösen Körpers sowohl als auch seiner Organe. Einzig und allein das Herz, und hierauf werde ich in meinen späteren Ausführungen noch zurückkommen, wurde einem eingehenderen Studium auch in Bezug auf seine Gewichtsverhältnisse unterzogen.

So dürfte denn ein Beitrag nicht ganz unberechtigt erscheinen, welcher es sich zur Aufgabe gemacht hat die Gewichtsverhältnisse der an Tuberculose im jugendlichen Alter Gestorbenen festzustellen und zwar sowohl in Bezug auf den Gesammtkörper als auch auf die einzelnen Organe.

Gewissermassen soll der vorliegende Versuch eine Fortsetzung meiner Arbeit aus dem Jahre 1888 bilden.[1]) Da ich nicht wage, letztere noch in ihren Details als bekannt vorauszusetzen, so will ich in Kürze recapituliren, wie das Material gewonnen und verarbeitet wurde.

Das ganze dieser Arbeit zu Grunde liegende Material setzt sich aus 305 Fällen zusammen. Die Angaben über 269 derselben sind den Sectionsprotokollen des hiesigen pathologischen Institutes entnommen. 36 stammen von Sectionen, die während meiner Assistententhätigkeit im hiesigen Kinderspital gemacht wurden.

Wägungen wurden im hiesigen pathologischen Institut veranstaltet vom Jahre 1882 an. Von dieser Zeit an bis zum 15. August 1887 wurde das verwendete Material gewonnen mit Ausnahme der oben erwähnten 36 Fälle, welche aus den Jahren 1888—1890 stammen.

Des besseren Verständnisses halber glaube ich die Methode noch einmal schildern zu müssen, nach welcher die Wägungen vorgenommen werden.

Der Körper wird, natürlich entkleidet, auf einer Decimalwage gewogen, die in sinnreicher Weise an einem Aufzug angebracht ist, welcher die Leichen in das Sectionszimmer befördert. An diesem Aufzug befindet sich eine Scala, welche es ermöglicht, die Länge der Leiche abzulesen. Ist die Leiche gewogen und gemessen, so wird der Thorax geöffnet; die Lungen werden herausgenommen und sofort auf die Tafelwage gelegt. Nach Eröffnung des Herzbeutels wird das Herz an seinen grossen Gefässen kurz abgeschnitten, geöffnet und gewogen und gemessen, nachdem etwaige Blutgerinnsel vorher sorgfältig entfernt worden sind.

Auch die Unterleibsorgane werden erst nach ihrer Durchschneidung, die Leber nach Entleerung der Gallenblase, die Nieren nach Entfernung der fibrösen Kapsel gewogen. In den Fällen, wo das Gehirn zur Section kommt, werden ebenfalls zuerst die Schnitte gemacht, etwaiger Inhalt wird aus den Ventrikeln entleert und dann erst wird das Organ gewogen.

Nachdem ich nun über die Art berichtet habe, in welcher das mir zu Gebote stehende Material gesammelt wurde, möchte ich noch beifügen, wie ich dasselbe zur Anlegung der Tabellen verwandt habe.

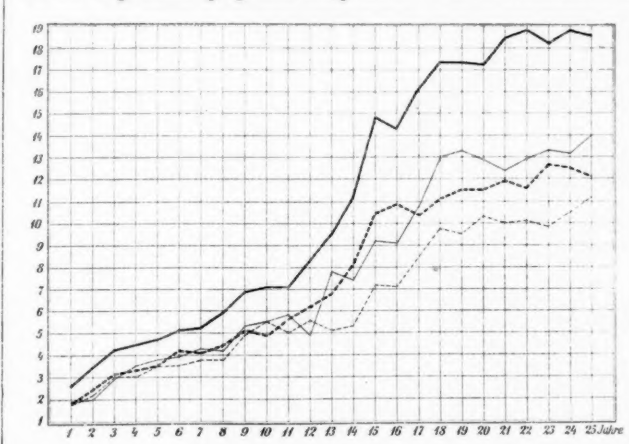
Tabelle I gibt die absoluten Zahlen der aus den 305 gemachten Sectionen gewonnenen Gewichte, nach dem Alter geordnet.

Tabelle II ist aus Tabelle I berechnet und zwar sind die Organe im Procentverhältniss zum Körper gedacht. (Raumersparniss wegen ist in diese Tabelle nur das Herz, als das wichtigste Organ, aufgenommen).

Tabelle III zeigt die Gewichte des Körpers und der Organe nicht in ihrer Wechselseitigkeit, sondern in ihrer Beziehung zum Wachsthum des Neugeborenen. Hier sind die Gewichte des Körpers und der einzelnen Organe des Neugeborenen als Einheit angenommen.

Bei Tabelle II und III habe ich zur besseren Orientirung auch die für die Normalen zutreffenden Gewichtszahlen meiner früheren Arbeit entnommen und sie den auf die Phthisiker bezüglichen Zahlen entgegengestellt.

Da die Zahlentabellen schwer zu überblicken sind, habe ich die Ergebnisse graphisch dargestellt. Die Curventabelle ist



entworfen nach Tabelle III und zwar nur für Körper- und Herzgewicht, welche das grösste Interesse verdienen. Die ausgezogenen Linien beziehen sich auf das Körpergewicht, die punctirten auf das Herzgewicht; die stärkeren Linien betreffen die Normalen, die feineren die Phthisiker.

[1]) Oppenheimer, Ueber die Wachsthumsverhältnisse des Körpers und der Organe. Zeitschrift für Biologie, Bd. XXV, N. F. VII.

Tabelle I. **Absolute Zahlen der aus den 305 gemachten Sectionen gewonnenen Gewichte.**

Alter Jahre	Gewicht	Fälle	Länge	Fälle	Gehirn	Fälle	Linke Lunge	Fälle	Rechte Lunge	Fälle	Herz	Fälle	Leber	Fälle	Niere	Fälle	Milz	Fälle
1	6,5	9	72,6	9	840,0	2	130,7	6	127,5 —	6	47,4	5	354,4	9	81,8	9	30,2	9
2	6,643	7	75,9	7	936,25	4	118,1	7	145,3 +	7	47,1	7	337,9	7	82,0	7	35,9	7
3	8,929	7	85,0	7	1087,2	9	143,9	9	181,3 +	9	71,7	6	504,4	9	114,4	9	55,0	8
4	11,227	11	92,5	11	1162,5	8	155,8	11	166,1 +	11	83,3	11	566,7	12	117,9	10	57,2	10
5	12,083	6	101,2	6	1162,0	5	255,8	6	245,0 —	6	87,0	5	630,8	6	136,7	6	65,8	5
6	12,25	4	101,0	4	1166,7	3	162,5	4	166,25 —	4	78,75	4	527,5	4	117,5	4	37,5	4
7	13,417	6	103,2	6	1256,2	5	155,8	6	174,2 +	6	90,8	6	585,8	6	121,7	6	59,2	6
8	13,167	3	110,7	3	1197,5	2	251,7	3	312,3 +	3	90,0	3	511,7	3	113,3	3	45,0	3
9	16,5	3	114,3	3	1096,7	3	248,3	3	205,0 —	3	110,0	3	676,7	3	143,3	3	46,0	3
10	17,125	4	117,0	4	1196,7	3	286,25	4	287,5 ±	4	130,0	4	768,75	4	151,25	4	81,25	4
11	18,25	2	123,5	2	1350,0	1	377,5	2	422,5 +	2	127,5	2	687,5	2	172,5	2	60,0	2
12	15,625	4	128,75	4	—	—	217,5	4	198,75 —	4	123,25	4	788,0	4	181,25	4	89,5	4
13	24,375	4	132,75	4	1358,3	3	258,75	4	337,5 +	4	122.5	4	940,0	4	189,7	3	104,5	4
14	23,125	8	132,1	8	1225,0	5	407,5	8	561,9 +	8	126,9	8	906,9	8	155,6	8	87,5	8
15	29,0	5	148,0	5	1263,75	4	639,2	6	584,2 —	6	170,8	6	1298,0	5	229,0	5	115,0	5
16	28,611	9	147,4	9	1278,75	4	451,5	8	635,9 +	8	172,1	8	1237,5	8	236,7	9	139,4	9
17	33,542	12	151,6	12	1322,5	6	605,0	12	625,8 +	12	199,6	12	1407,9	12	231,25	12	157,5	12
18	40,808	13	159,7	13	1323,0	4	706,5	13	622,3 —	13	233,5	13	1551,3	13	268,5	13	181,9	13
19	41,667	15	162,4	15	1361,4	7	766,0	15	825,0 +	15	228,1	13	1619,1	15	319,7	15	267,7	15
20	40,405	21	152,4	21	1293,9	9	741,4	22	803,4 +	22	245,0	22	1576,8	22	277,9	21	185,5	21
21	38,885	13	158,4	13	1355,0	8	675,8	15	869,3 +	15	240,7	15	1530,8	15	264,7	15	191,7	15
22	40,705	22	160,5	22	1283,2	16	821,8	22	856,1 +	22	241,2	21	1593,4	22	296,15	20	231,0	20
23	41,8	20	158,0	20	1297,0	15	762,1	21	821,4 +	21	236,2	21	1661,8	21	302,0	20	213,0	20
24	41,083	30	158,6	30	1278,4	18	782,1	29	825,2 +	28	250,3	29	1588,3	30	288,1	29	202,4	29
25	43,825	20	158,9	20	1323,3	12	661,7	21	767,4 +	21	266,4	21	1550,0	21	291,8	21	184,0	21

Tabelle II. **Berechnung des Herzgewichtes nach Procenten zum Körpergewicht.** (Tabelle I zu Grund gelegt.)

Alter	Normal	Phthis.	Differenz	Alter	Normal	Phthis.	Differenz	Alter	Normal	Phthis.	Differenz	Alter	Normal	Phthis.	Differenz
0 Jahr	0,72	0,72	0,0	5	0,56	0,69	0,1	12	—	0,78	—	19	0,50	0,55	0,05
0—1	—	0,82	—	6	0,65	0,68	0,03	13	0,55	0,50	— 0,05	20	0,50	0,66	0,15
1	0,50	0,75	+ 0,25	7	0,51	0,68	0,17	14	0,54	0,54	0,00	21	0,49	0,62	0,13
1—2	—	0,64	—	8	0,57	0,68	0,11	15	0,54	0,59	0,05	22	0,48	0,59	0,11
2—3	0,53	0,86	+ 0,3	9	0,56	0,71	0,15	16	0,58	0,60	0,02	23	0,52	0,57	0,05
3—4	0,55	0,80	+ 0,3	10	0,53	0,76	0,23	17	0,49	0,59	0,10	24	0,50	0,61	0,11
4—5	0,55	0,65	+ 0,1	11	0,53	0,69	0,16	18	0,48	0,57	0,09	25	0,49	0,60	0,11

Tabelle III. **Berechnung des Wachsthums des Körpers und der Organe im Verhältniss zum Neugeborenen.**
Neugeborene = 1 gesetzt.

Alter	Körpergewicht			Körperlänge			Gehirn			Herz			Leber			Nieren			Milz		
	Norm.	Phthis.	Differnz.	Norm.	Phthis.	Differnz.	Norm.	Phthis.	Differnz.	Norm.	Phthis.	Differnz.	Norm.	Phthis.	Differnz.	Norm.	Phthis.	Differnz.	Norm.	Phthis.	Differnz.
0	1,00	1,00	0,00	1,00	1,00	0,0	1,00	1,00	—	1,00	1,00	0,00	1,00	1,00	0,00	1,00	1,00	0.0	1,00	1,00	0,0
0—1	—	1,11	—	—	—	—	—	—	—	—	1,62	—	—	1,27	—	—	1,96	—	—	1,38	—
1	2,67	1,88	— 0,8	1,43	1,45	0,02	2,37	2,1	— 0,2	1,78	1,85	+ 0,07	2,00	1,94	— 0,06	2,79	2,55	— 0,24	1,90	2,40	0,5
1—2	—	2,06	— —	—	—	—	—	—	—	—	1,76	—	—	1,97	—	—	2,90	—	—	2,28	—
2—3	3,45	2,04	— 1,4	1.54	1,52	— 0,02	2,61	2,4	— 0,2	2,42	2,29	— 0,13	2,72	2,10	0,62	3,98	3,51	— 0,47	3,94	3,12	— 0,82
3—4	4,26	2,96	— 1,3	1,71	1,70	— 0,01	3,25	2,8	— 0,5	3,07	3,01	— 0,06	3,04	3,20	0,1	4,20	4,85	0,7	4,08	3,22	— 0,86
4—5	4,57	3,55	— 1,02	1,86	1,85	— 0,01	3,18	2,9	— 0,3	3,34	3,02	— 0,32	3,79	3,49	0,3	4,88	4,89	— 0,00	5,07	5,01	— 0,06
5	4,75	3,85	— 0,90	1,94	2,02	+ 0,08	3,20	2,9	— 0,3	3,51	3,50	— 0,01	3,57	4,02	0,45	4,71	5,23	0,52	4,98	5,26	0,3
6	5,18	3,89	— 1,29	2,05	2,02	— 0,03	3,41	2,9	— 0,5	4,17	3,46	— 0,8	4.06	3,11	1,0	4,75	5,08	0,33	5,33	4,15	1,2
7	5,57	4,28	— 1,29	2,12	2,06	— 0,06	3,57	3,2	— 0,4	4,09	3,81	— 0,2	4,30	3,71	0,6	5,51	5,16	0,3	5,57	5,62	0,0
8	5,93	4,19	— 1,74	2,18	2,21	— 0,03	3,30	3,1	— 0,2	4,45	3,78	— 0,7	4,30	3,25	0,9	5,28	4,92	0,4	6,08	5,28	0,9
9	6,88	5,26	— 1,62	2,37	2,29	— 0,08	3,68	2,8	— 0,9	5,10	4,89	— 0,2	4,92	4,97	0,0	6,08	6,46	0,4	6,18	5,79	0,4
10	7,09	5,50	— 1,59	2,40	2,34	— 0,06	3,46	3,1	— 0,4	4,99	5,5	+ 0,5	5,20	4,9	0,3	6,67	6,4	0,2	7,13	7,7	0,6
11	7,99	5,80	— 2,1	2,52	2,47	— 0,05	3,42	3,5	+ 0,1	5,62	5,0	— 0,3	5,62	4,3	1,3	6,66	7,3	0,7	7,54	5,7	1.8
12	8,32	4,90	— 3,4	2,51	2,57	+ 0,06	3,64	—	—	—	5,6	—	5,91	5,0	0,9	8,36	7,7	0,7	6,57	8,5	1,9
13	9,49	7,8	— 1,7	2,69	2,65	— 0,04	3,44	3,5	—	6,85	5,1	— 1,7	5,88	5,9	0,0	7,42	8,0	0,6	6,88	9,9	3,0
14	11,24	7,4	— 3,8	2,90	2,64	— 0,26	3,33	3,1	— 0,2	8,06	5,3	— 2,8	7,16	5,0	2,1	8,33	6,6	1,7	6,57	8,3	1,7
15	14,70	9,2	— 5,5	3,11	2,96	— 0,15	3,29	3,2	— 0,1	10,55	7,2	— 3,3	9,13	8,2	0,9	10,17	9,7	0,5	13,05	10,0	2,2
16	14,34	9,1	— 5,2	3,04	2,94	— 0,10	3,34	3,3	0,0	10,96	7,2	— 3,8	8,94	7,8	1,1	10,65	10,1	0,6	13,06	13,2	0,1
17	16,07	10,8	— 5,2	3,10	3,03	— 0,07	3,40	3,4	0,0	10,42	8,4	— 2,0	9,13	8,9	0,2	11,72	9,8	1,9	12,58	14,9	2,3
18	17,34	13,0	— 4,3	3,16	3,19	+ 0,03	3,53	3,4	0,0	11,07	9,8	— 1.3	9,87	9,9	0,0	11,96	11,4	0,6	13,29	17,3	4,0
19	17,31	13,3	— 4,0	3,18	3,24	+ 0,06	3,43	3,5	+ 0,1	11,51	9,6	— 1,9	9,25	10,9	1,7	11,96	13.6	1,6	14,28	25,4	11,1
20	17,22	12,9	— 4,3	3,15	3,04	— 0,11	3,50	3,3	+ 0,2	11,52	10,3	— 1,2	10,14	10,0	0,1	11,95	11,8	0,1	14,51	17,6	3,1
21	18,39	12,4	— 6,0	3,21	3,16	— 0,05	3,54	3,5	+ 0,0	11,87	10,1	— 1,8	10,47	9,7	0,8	13,81	11,2	2,6	13,43	18,2	4,8
22	18,82	12,9	— 5,9	3,19	3,21	+ 0,02	3,37	3,3	+ 0,0	11,63	10,1	1,5	10,34	10,1	0,2	10,24	12,6	1,7	12,86	21,9	9,0
23	18,16	13,3	— 4,8	3,18	3,16	— 0,02	3,47	3,3	— 0,2	12.63	9,9	— 2,7	9.77	10,6	0,8	11,94	12,8	6,8	13,84	20,2	6,4
24	18,72	13,1	— 5,6	3,17	3,17	0,00	3,38	3,3	0,0	12,55	10,5	— 2,0	12,21	10,1	2,7	13,24	12,2	1,0	14,63	19,2	4,6
25	18,48	13,9	— 4,6	3,18	3,17	— 0,01	3,34	3,4	0,0	12,10	11,2	— 0,9	11,05	9,8	1,3	13,22	12,4	0,8	16,00	17,5	1,5

Diesen Tabellen beziehungsweise den diesbezüglichen Curven glaube ich folgende Schlüsse entnehmen zu dürfen.

Körpergewicht. Anfangs laufen das Körpergewicht des Normalen und des Phthisikers fast völlig parallel; während jedoch beim Normalen die Curve vom 10.—18. Jahre steil ansteigt mit dem höchsten relativen Gipfel im 15. Jahre, geht die Linie beim Phthisiker sanfter empor und das 15. Lebensjahr befindet sich gerade in der Mitte. Es bleibt also das Körpergewicht des Phthisikers, das zuerst mit dem des Normalen fast ganz parallel gegangen ist, vom 12.—15. Lebensjahr bedeutend zurück. Bis zum 18. Lebensjahre bleibt es niederer und erst von da an laufen beide Curven wieder ziemlich parallel.

Der Körper des normalen Erwachsenen im Alter von 25 Jahren wiegt ca. 19 mal schwerer als ein neugebornes Kind, indess das Gewicht des erwachsenen Phthisikers sich 14 : 1 verhält.

Körperlänge. Wenden wir nun unser Augenmerk vom Körpergewicht zur Körperlänge, so fällt uns bei Betrachtung der diesbezüglichen Curven auf, dass dieselben beim Normalen und beim Phthisiker bis zum 9. Lebensjahre nahezu zusammen laufen. Erst im 14. Lebensjahre bemerken wir ein bedeutendes Zurückbleiben des Längenmaasses beim Phthisiker hinter dem des Normalen. Im 15. Jahre ist die Differenz am erheblichsten, gleicht sich in den folgenden Jahren wieder mehr aus, um im 18. Lebensjahre völlig zu verschwinden. Diese Beobachtung steht im Gegensatz zu der von Frels gemachten; Frels nämlich fand die Thatsache, dass die Phthisiker um 2,81 cm grösser sind als die Normalen; diese Differenz zwischen meinen Angaben und den von Frels[2]) mitgetheilten rührt meines Erachtens daher, dass meine Beobachtungen sich auf das jugendliche Alter beschränken, während Frels seine diesbezüglichen Messungen an Erwachsenen anstellte.

Aus vorstehenden Betrachtungen über Gewicht und Länge des Normalen und des Phthisikers ist ersichtlich, dass vom 1.—14. und vom 18.—25. Jahre der Normale und der Phthisiker wohl gleich lang, aber nicht gleich schwer sind, dass vielmehr der Phthisiker bedeutend leichter wiegt als der Normale. Uebereinstimmend und augenfällig ist jedoch das ganz bedeutende Zurückbleiben sowohl des Gewichts als auch der Länge beim Phthisiker zur Zeit der Pubertät.

Gehirn. Das Gehirn des Phthisikers verhält sich, was das Wachsthum anlangt, ähnlich wie das des Normalen. Im Verhältniss zum Körpergewicht ist es schwerer wie das des Normalen. Beim Neugeborenen beträgt es 12,48 Proc. vom Körpergewicht, im 25. Lebensjahre 3,02 Proc.; beim normalen Menschen ist das Verhältniss 12,48 Proc. zu 2,25. Aehnliche Differenz von 3,02 und 2,25 finden sich fast in allen Lebensjahren. Interessanter dagegen ist sein Verhalten des absoluten Gewichts im Vergleich zu dem des Normalen. Hier finden wir, dass das absolute Gewicht beim Gehirn des Phthisikers kleiner ist als beim gleichen Organ des Normalen und zwar bis zum 16. Lebensjahre; von da an sind die Organe beider Gruppen fast vollständig gleich.

Leber, Nieren und Milz habe ich zwar in die Tabellen aufgenommen, ich kann ihnen, was die Wachsthumsbeurtheilung anlangt, einen Werth nicht beimessen, da ja diese Organe durch ihre directe Betheiligung an der Erkrankung fast alle verändert sind und demnach schwerer wiegen. Letzteres trifft bei der Milz fast stets, bei Leber und Nieren sehr häufig zu.

Was über die Betheiligung der Unterleibsorgane an der Erkrankung gesagt ist, gilt natürlich in noch viel höherem Grade von dem eigentlichen Sitz der Krankheit, den Lungen. Das Gewicht dieses Organs habe ich wohl absolut angeführt, in Tabelle II und III jedoch nicht aufgenommen.

Vergleichen wir nun noch einmal die Gewichte der Normalen und der Phthisiker beim Neugeborenen (= 1) im 16. Lebensjahr und beim Erwachsenen (25. Jahr), so ergibt sich folgende Tabelle:

Organ	16. Lebensjahr		25. Lebensjahr	
	Normal	Phthis.	Normal	Phthis.
Körpergewicht	14,3	9,1	18,4	13,9
Länge	3,0	2,9	3,1	3,1
Gehirn	3,3	3,3	3,3	3,3
Leber	8,9	7,8	11,0	9,8
Nieren	10,6	10,1	13.2	12,4
Milz	13,0	13,2	16,0	17,5
Herz	10,9	7,2	12,1	11,2

Wir kommen nun zu dem weitaus wichtigsten Organ, zum Herz.

Wie schon oben erwähnt, finden sich in der Literatur verschiedene Angaben über die Beziehungen des Herzens zur Tuberculose. Bei einem Studium der Lehrbücher konnte ich nur in einem[3]) einen dahingehenden Satz finden, er lautet: „In ähnlicher Weise soll auch ein Missverhältniss zwischen der Grösse des Herzens und derjenigen der Lunge und des Körpers zu Ungunsten des ersteren bestehen." Positiver äussert sich Beneke[4]), der allerdings nur gestützt auf 20 Fälle, die These aufstellt: Das kleine Herzvolumen und die geringe Triebkraft des Herzens stehen in inniger Beziehung zu chronischen Processen der Lunge. Beneke erwähnt dann noch einen weiteren Punkt, den ich jedoch nicht controlirt habe, und das ist das Maassverhältniss des Herzens zur Lunge und zwar zu Ungunsten des ersteren. Beim normalen Erwachsenen beträgt es 1 : 6,2, beim Tuberculösen 1 : 12. Das Herz ist also für die Lunge viel zu klein. Auch andere Autoren wie Louis[5]) und Lebert betonen, dass sie bei der Tuberculose das Herz viel zu klein gefunden haben; ja Lebert fand bei einem Drittel aller Fälle Tuberculose bei congenitaler Stenose der Art. pulm.; er ist desshalb wie Beneke der Ansicht, es sei die mangelhafte Ernährung Grund der Tuberculose. Auch Spatz[6]) fand bei Phthisikern ein Zurückbleiben der Höhe des linken Ventrikels und eine Abnahme der Differenz zwischen ihr und der Weite des Aortenursprungs. Der gleichen Ansicht wie Lebert und Beneke ist auch Brehmer[7]); auch er meint, gestützt auf den Satz, den schon Rokitansky aufstellte, dass die Phthisiker kleine Herzen und grosse Lungen haben, „die Phthise sei nichts weiter als eine andauernde, verlangsamte Ernährungsstörung, eine Art Inanition, bedingt durch langsame, abnorm ungenügende Blutcirculation im Körper und speciell in den Lungen. In einer längeren Abhandlung kommt Brehmer[8]) zu dem Schluss: „dass der phthisische Habitus sich auszeichnet durch eine Hypoplasie des Herzens und dass die Ernährungsstörung, als deren localisirter Ausdruck die Phthise auftritt, wesentlich auf einer Anomalie, einer Verminderung oder Schwächung der Circulation basirt, dass endlich der verminderte Luftdruck das rationelle Heilmittel gegen die Phthise sei, weil er jene Anomalie der Circulation ändert, die Circulation vermehrt und die Vis a tergo stärkt.

In einer Inaugural-Dissertation aus dem pathologischen Institut zu München, die zum Theil auf demselben Material beruht, wie die vorliegende Arbeit, jedoch die Phthisiker sämmtlicher Altersclassen umfasst, stellt Reuter[9]) folgende Tabelle auf:

Kleine Herzen	männlich	29 Proc.
	weiblich	56 „
Normale Herzen	männlich	30,7 Proc.
	weiblich	23,2 „
Grosse Herzen	männlich	40,2 „
	weiblich	20,7 „

[2]) R. Frels, Die anatomischen Grundlagen des phthis. Habitus. München, Inaug.-Dissert. aus dem pathologischen Institut, 1888.

[3]) Ziegler, Bd. II, S. 519.

[4]) Beneke, Constitutionsanomalien des Menschen, 1878.

[5]) Louis, Recherches sur la phthisie.

[6]) B. Spatz, Ueber den Einfluss der Krankheiten auf die Grösse des Herzens. Deutsches Archiv für klin. Medicin, Bd. XXX, S. 138.

[7]) Brehmer, Aetiologie und Therapie der chronischen Lungenschwindsucht. Berlin, 1874. Verlag von Ensli.

[8]) Brehmer, Therapie der chronischen Lungenschwindsucht. Wiesbaden, 1874, Verlag von Bergmann.

[9]) Reuter, Grössenverhältnisse des Herzens bei der Tuberculose. München, Inaug.-Dissert. aus dem pathologischen Institut.

Also: Das weibliche Geschlecht stellt für die Fälle von Tuberculose mit kleinem Herzen fast das doppelte Contingent, wie das männliche. Dass beim männlichen Geschlecht ein so hoher Procentsatz von grossen Herzen sich findet, führt Verf. auf die hier in München so häufige Herzhypertrophie, bedingt durch den Alkoholmissbrauch, zurück.

Wie verhält sich nun das Herz bei unserem Material? Werfen wir einen Blick auf Tab. I, welche die absoluten Zahlen angibt, so sehen wir ein stetes Wachsthum statthaben; sind auch in manchen Jahren die Gewichte etwas schwankend, so lässt sich doch ein stetiges und fast gleichmässiges Wachsthum nicht verkennen. Während jedoch beim Normalen nur einmal und zwar zwischen dem 14. und 15. Lebensjahr eine rapide Steigung der Wachsthumscurve sich zeigt, so sehen wir beim Phthisiker zweimal eine etwas grössere Zunahme statthaben, ähnlich dem Körpergewicht zwischen dem 14., 15., 16. und 18. Lebensjahr. Noch besser lässt sich das Wachsthum aus Tab. II erkennen, in der also das Gewicht des Neugeborenen = 1 gesetzt ist, und aus der nach dieser Tabelle entworfenen Curve. Hier sehen wir, dass das Wachsthum stetig und gleichmässig fortschreitet, nur im 15. Lebensjahr springt plötzlich die Curve von 5,3 zu 7,2, hat also eine Differenz von 1,9, während in den anderen Lebensjahren, mit Ausnahme des 17.—18. die Differenz im Maximum 0,5 beträgt. Das Herz des Phthisikers zeigt also auch ebenso wie das des Normalen die Steigung während der Pubertätszeit, wenn diese Steigung auch nicht dieselbe Höhe erreicht, wie beim Normalen.

Betrachten wir nun an der Hand der Tabelle III und der aus ihr entnommenen Curven das Herz in Bezug auf das Körpergewicht, so sehen wir beim Normalen, dass das Herz anfangs fast parallel mit der Körpergewichtscurve geht, dass die Curve auch die Steigung im 15. Jahre mitmacht, aber von da an beträchtlich zurückbleibt. Beim Phthisiker fallen Herz- und Körpergewichtscurve in den ersten Lebensjahren zusammen, vom 12. Jahre an hebt sich die Körpergewichtscurve, die des Herzens bleibt zurück, um dann mit dem 14. Lebensjahre nahezu parallel mit dem Körper zu gehen. Im 18. Lebensjahre bleibt die Curve des Herzens hinter der des Körpers am bedeutendsten zurück und zwar sowohl beim Normalen als auch beim Phthisiker.

Wie verhält sich nun das Herz der Tuberculösen im Vergleich zu dem des Normalen? Anfangs sehen wir beide Curven so ziemlich zusammenfallen, erst vom 10. Jahre an entfernen sie sich von einander, indem die des Normalen steil in die Höhe geht, während die des Phthisikers langsam weiter schreitet, im 12. und 13. Jahre noch nahezu sich gleich bleibt und erst dann steil ansteigt, jedoch, wie schon oben bemerkt, immer beträchtlich hinter der des Normalen zurückbleibend. Nach dem 19. Jahre nähern sich wieder beide Curven einander. Der grösste Abstand beider Curven findet sich im 16. Lebensjahr; im 15. und 17. ist er nahezu gleich gross.

Die Thatsache also, die wir aus der Literatur registriren konnten, dass Phthisiker kleine Herzen haben, trifft nach unserer Tabelle auch zu, aber erst um die Zeit der Pubertät; in den ersten Lebensjahren ist sowohl das Herz im Verhältniss zum Körpergewicht des Phthisikers als auch zum Herzgewicht des Normalen nahezu gleich.

Die erste Frage, die sich nun aus der Thatsache der Herzkleinheit sofort aufdrängt und die von keinem in der Literatur angeführten Autor ausser Reuter näher gewürdigt wurde, ist die: Ist diese Herzkleinheit primär oder secundär. Ist das erstere nachgewiesen, dann hat man ein Recht zu behaupten, das kleine Herz disponire zur Tuberculose. Das zweite ist ja a priori das Wahrscheinliche, d. i. dass das Herz an der allgemeinen Abmagerung mit theilnimmt. Unanfechtbar lässt sich diese Frage, glaube ich, aus meinen Tabellen allein nicht entscheiden, wenn auch aus den Schlussfolgerungen, die ich daraus gezogen, die Annahme mehr Wahrscheinlichkeit hat, dass die Herzkleinheit primär sei. Denn es ist doch auffallend, dass gerade zur Pubertätszeit der Abstand ein so grosser ist, während er sich zwischen dem 20. und 25. Lebensjahr wieder vermindert, also zu einer Zeit, wo doch erfahrungsgemäss die Abmagerung eine ebenso starke ist wie zur Pubertätszeit; und dann, warum bleibt das Herz in den kindlichen Jahren nicht auch so stark zurück, wo wir doch auch eine beträchtliche Abmagerung finden? Eher scheint mir das mangelnde Zurückbleiben des Herzens im Kindesalter für die Annahme [10]) zu sprechen, dass der kindliche Organismus der Verbreitung des Tuberkelbacillus einen grösseren Widerstand entgegensetze, was daraus folgt, dass hochgradige Drüsen- und Knochenleiden verhältnissmässig selten von einer allgemeinen Miliartuberculose gefolgt seien.

Nehmen wir nun aber an, das Herzgewicht würde geringer durch die Abmagerung des Gesammtkörpers, so müsste sich doch das Herz des Phthisikers gleich verhalten, wie das des Normalen, d. h. es müsste natürlich viel kleiner, parallel mit dem normalen Herzen gehen. Auch dies sehen wir in unserer Tabelle nicht eintreten. Vom 12. Lebensjahre an steigt die Herzcurve des Normalen nach oben, die des Phthisiker bleibt zurück. Verständlicher und deutlicher wird dies durch einen Blick auf Tab. II, in der die Procentverhältnisse der Organe zum Körper dargelegt sind. Während bis zum 13. Lebensjahr das Herz des Phthisikers relativ grösser zu seinem Körpergewicht ist als beim Normalen, sehen wir im 13. Lebensjahr das Umgekehrte eintreten: Das Herz des Phthisikers ist kleiner im Verhältniss zum Körpergewicht und in den späteren Jahren bis zum 20. ist die Differenz zwischen Normalem und Phthisiker eine geringe. Ein Beispiel wird dies klar machen: Im 2. Lebensjahr z. B. treffen beim Normalen auf 1000 g Körpergewicht 5,3 g Herz, beim Phthisiker dagegen 8,6 g; im 13. Lebensjahr dagegen treffen beim Normalen auf 1000 g Körper 5,5 g, beim Phthisiker 5,0 g Herz. Das Herz des Phthisikers ist also auch relativ kleiner geworden, während es in den ersten Lebensjahren grösser wie beim Normalen war. Man sieht also auch hieraus, dass das Herz, verglichen mit dem Körpergewicht, um die Pubertätszeit kleiner ist, als beim Normalen. Ist es also aus Vorstehendem in hohem Grade wahrscheinlich, dass die Hypoplasie des Herzens primär ist, so wird diese Annahme zur bewiesenen Thatsache durch die Untersuchungen, die von Bidder und Schmidt an Katzen, von Voit an Hunden und von Ohlmüller [11]) an Kindern angestellt wurden. Zur Entscheidung der Frage: welche Organe beim Hunger vorwiegend an der Abmagerung theilnehmen, haben Bidder und Schmidt die Organe von 2 Katzen untersucht, die der einen, nachdem sie dieselbe selbst getödtet hatten, die der andern nach dem Verhungern. Dieselben Versuche machte v. Voit an 2 Hunden von demselben Wurfe. Beide Autoren stimmen in der Behauptung vollständig überein, dass das Herz sich fast gar nicht am Gewichtsverlust betheiligt. Am meisten verlieren nach v. Voit Muskeln und Fett; Leber, Herz, Lungen und Gehirn betheiligen sich fast gar nicht.

Ohlmüller hat an einem normalen kräftigen Kinde, das an Bronchitis zu Grunde ging und an 2 vollständig abgemagerten Kindern dieselben Untersuchungen angestellt und auch er findet die interessante Thatsache, dass, während Haut, Darm, Muskeln und Knochen beim atrophischen Kinde bedeutend an Fett verlieren, das Herz und Hirn fast vollständig ihren Fettgehalt bewahren. Er schliesst von den Verhältnissen, wie sie durch Abmagerung hervorgerufen werden, auch auf alle verzehrenden Krankheiten und meint am Schlusse seiner Abhandlung: „Es würde dem Leben viel früher eine Grenze gesetzt sein, wenn das Herz und die Centralorgane des Nervensystems in gleichem Grade an Masse verlieren würden, wie die willkürlich beweglichen Muskeln.

Durch die letzteren Untersuchungen nun und durch die Erwägungen, die aus der Besprechung meiner Tabellen resultiren, ist, wie mir scheint, die Thatsache bewiesen, dass das Herz beim Phthisiker zur Zeit der Pubertät ab-

[10]) Baumgarten, Ueber die Wege der tuberculösen Infection. Zeitschrift für klinische Medicin.

[11]) Ohlmüller, Ueber die Abnahme der einzelnen Organe bei an Atrophie gestorbenen Kindern. Zeitschrift für Biologie, XVIII. Bd., Jahrg. 1882.

solut und relativ zum Körper zu klein ist; es ist ferner auch bewiesen, dass diese Kleinheit nicht die Folge der allgemeinen Abnahme des Gesammtkörpers sein kann. Damit ist dann auch der Beweis erbracht, dass ein kleines Herz zur Tuberculose disponire.

Die Schlussfolgerungen nun, die sich aus diesen Thatsachen ergeben, liegen klar zu Tage. Es hat die Therapie, nachdem bis jetzt eine erfolgreiche Bekämpfung des Tuberkelbacillus nicht möglich war, nachdem die anfänglich so hochgehenden Wogen des Enthusiasmus über die Entdeckung des Tuberculins sich bedeutend geglättet und gesänftigt haben, ich sage, es hat die Therapie und Prophylaxis sich mit der Kräftigung des Körpers und speciell des Herzens zu befassen. Wie das zu geschehen hat, ist nicht Aufgabe des vorliegenden Themas; es muss nur so viel betont werden, dass alle Mittel angewandt werden müssen, die im Stande sind, das Herz zu kräftigen, und zwar, das ist das Punctum saliens, gerade vor und während der Pubertätszeit. Also um diese Zeit hat Alles zu geschehen, was den Körper und das Herz stählt, denn wie schon oben bemerkt, es gilt auch heute noch der Satz, den Dettweiler[12]) schon im Jahre 1887 aufgestellt hat. „Den Sieg verbürgt also noch allein die Widerstandskraft des Organismus gegen den Bacillus."

Casuistische Mittheilungen.

Von Dr. *L. Grünwald* in München.

I. Otitischer Hirnabscess.

Schlecht ausgehende Fälle sind immer interessant, mindestens belehrend. Aber an den nachfolgenden Fall knüpfen sich noch andere Interessen, wie dessen Beschreibung zeigen wird.

Seit 3—4 Tagen litt der 43jährige Patient J. B. an rechtsseitigen Ohrenschmerzen, gegen welche er sich durch das noch allgemein beliebte Eingiessen von Oel in den Gehörgang zu helfen suchte.

Am 7. IV. 1891 zeigte die Untersuchung heftige Schwellung am Ohreingang, welche bis zum 10. unter feuchtem Verband zurückging. Dann konnte der Gehörgang übersehen werden, er war roth, mit macerirten Epidermisfetzen bedeckt, das Trommelfell roth, trüb, uneben. Diese Röthung ging auch bald zurück, und am 18. IV. bewirkte Katheterismus (unter mässigen Rasselgeräuschen), Verschwinden der Schwerhörigkeit und der noch bestehenden Ohrenschmerzen.

Mitte Mai: Blasses Trommelfell, Gehör gut, von Zeit zu Zeit rechtsseitige Kopfschmerzen und Druckempfindlichkeit über dem rechten Warzenfortsatz. Jodsalbe brachte subjective Erleichterung.

Nun trat aber Schwellung hinter dem Ohr auf und am 21. V. auch Fluctuation an der Spitze des Fortsatzes.

In Narkose wird darauf incidirt, durch eine etwa erbsengrosse Oeffnung auf dem Planum mastoideum dringt Eiter aus einer grossen den ganzen Fortsatz erfüllenden Höhle. Breite Freilegung. Tamponade.

Die Wunde granulirte gut zu, die Schmerzen schwanden.

11. VI. Neuerliche Kopfschmerzen. Local kein Druckschmerz. Augenhintergrund normal. Puls 120, klein, weich. Pupillen gleich, gut reagirend. Kein Brechreiz, doch Appetitlosigkeit.

13. VI. Häufige Schüttelfröste. Druckempfindlichkeit der rechten Vena jugal. int. Etwas Uebelkeit. Puls 112.

14. VI. Weniger Schmerzen. Jugulargegend weniger empfindlich. Puls 102.

Augenhintergrund (Dr. Rhein): Venenpulsation, rechts leichte Verbreiterung der Venen.

15. VI. Morgens Temp. 37,3.

Vormittags $11^1/_2$ Uhr: Erweiterung des Schnittes nach oben und unten. Wegmeisselung der ganzen knöchernen Decke des Warzenfortsatzes, so dass nur noch die innere Wand stehen bleibt. Auskratzung der Granulationen. Tamponade. Abends Temp. 36,7.

Bis 23. VI. vollkommenes Wohlbefinden, keine Kopfschmerzen, Wunde rein, Appetit gut, Temp. normal.

An diesem Tage neuerliche Kopfschmerzen. Der linke Mundwinkel hängt leicht.

In den nächsten Tagen wieder Schmerzfreiheit, Sensorium frei, Temp. normal.

28. VI. Puls 84, klein. Grosse Mattigkeit, kleine, träge reagirende Pupillen, linker Mundwinkel hängt auffallend herab, doch ist Pfeifen möglich. Apathie. In der Nacht vorher Kopfschmerzen.

29. VI. Geringere Innervation der linken Gesichtshälfte, Gaumensegel bewegt sich normal. Beim Sprechen wird die linke Wange etwas aufgeblasen. Beim Gehen Nachschleifen des linken Fusses und Herabhängen der ganzen linken Körperhälfte. Lidschluss und Oeffnung gut. Auf Beklopfen des Kopfes keine deutliche Localisation des Schmerzes, doch anscheinend Hyperästhesie der Kopfhaut. Die Haut über der linken Schläfenbeinschuppe ist leicht infiltrirt. Auf Grund dieser Befunde konnte auch Herr Dr. Löwenfeld, den ich dazu gebeten hatte, nicht mehr als die Vermutung einer endocephalen Eiterung gewinnen.

Sofort wurde nun ein horizontal nach hinten verlaufender Schnitt von der bisherigen Wunde ausgeführt, diese auch nach oben erweitert und der Knochen der Schläfenschuppe abgetragen. Dabei wurden zwei nach hinten oben über dem Sinus transversus gelegene Zellenausläufer der Warzenhöhle entdeckt, deren Knochenwände sich als brüchig erwiesen. Der Sulcus transversus wird in Ausdehnung von 2 cm Länge und 1 cm Höhe eröffnet; der Sinus pulsirt kräftig und ist glatt. Darauf wird nach hinten oben noch eine kleine Zelle eröffnet und bemerkt, dass von hier aus eine kleine Oeffnung durch brüchigen Knochen auf die Dura mater führt. Diese wird breit freigelegt, ist uneben granulirt, etwas matt, doch nicht missfarben. Mehrfache Punctionen blieben resultatlos. Offene Tamponade. Nach der zweistündigen Operation war Nachmittags die Benommenheit geringer, doch Pulsverlangsamung (66) und Facialisparese blieben. Temp. 36,2.

30. VI. Puls 66, Temp. 36,9—37,3. Keine Schmerzen, Sensorium freier, Pupillen wie gestern. Ophthalmoskopisch erscheinen die Venen rechts etwas schwächer.

1. VII. Stuhlgang noch angehalten. Patient sitzt aufrecht ohne Schwanken, doch besteht grosse Schwäche. Puls 84. Temp. normal. Sensorium ziemlich frei. Gehör gut. Die Parese des linken Armes aber ist bedeutend vermehrt, Sensibilität daselbst erhalten. Abends $^3/_4$9 Uhr ist der Verband durchtränkt von wässeriger seröser Flüssigkeit (Liquor cerebri). Nacht ruhig.

2. VII. Puls 84. Temp. normal. Somnolenz. Mittleres und unteres Facialisgebiet gelähmt, Arm beinahe, Fuss paretisch. Keine Schmerzen, nur beim Beklopfen einer circumscripten Stelle des rechten Scheitelbeines zuckt Pat. zusammen. Diese entspricht gerade dem unteren Ende der vorderen Centralwindung.

Nochmals wird nun die Wunde visitirt, die Dura oberhalb des Sinus transversus gespalten und das Gehirn pungirt, wieder negativ. Darauf wird ein Hautperiostlappen gerade über dem anderen unteren Ende des Scheitelbeins gebildet und mittels Trephine ein Knochenstück von $1^1/_2$ cm Durchmesser ausgesägt, das Loch dann noch mittels Meissel auf $2^1/_2$:2 cm erweitert. Die vorliegende glatte, nicht pulsirende Dura wird von zwei prallgefüllten Venen durchzogen. Kreuzförmige Incision. Das vordrängende Gehirn pulsirt. In der Mitte zieht in einer Furche eine breite Vene von hinten oben nach unten vorn: offenbar ist, wie gewollt, die Fissura Roland's getroffen. — Dreimalige Punction mit langer Nadel blieb erfolglos. Die Wunde wird, in der Hoffnung, doch etwa noch den Abscess zugängig zu machen, nur tamponirt.

Abends: Somnolenz. Puls 84, ziemlich kräftig. Linker Arm und Bein vollkommen gelähmt.

3. VII. Ruhige Nacht. Gegen Morgen hat Pat. spontan zu trinken verlangt, auch Urin gelassen. Noch kein Stuhl. Temp. 37,3, Puls 120, klein. Bewusstsein freier. Der Arm kann wieder etwas erhoben werden, ebenso das Bein. Im Verband viel Liquor cerebri.

Abends wieder Bewusstlosigkeit, Temp. 38,3, stertoröse Athmung.

4. VII. Puls 145, irregulär, klein. Totale Lähmung von Arm und Bein.

5. VII. Mittags $12^3/_4$ Uhr. Exitus.

6. VII. Section: Dura adhärent am Schädel, doch ablösbar. Gefässe daselbst mässig gefüllt. Ueber dem rechten Stirnhirn ist dieselbe sehr dünn, abgehoben, schlotternd. Subdural besonders hinten sehr starke Granulationen, in der Fissura longitudinalis und über dem linken Scheitellappen stellenweise seröseiterige, submeningeale Flüssigkeit. Die rechte Hirnhälfte ist etwas grösser. Der ganze rechte Schläfenlappen fühlt sich weich, schwappend an. Bei der Herausnahme reisst eine linsengrosse Stelle an seiner Unterfläche ein und massenhafter grüngelber Eiter entleert sich. Unter dieser Stelle zeigt sich die Dura auf dem horizontalen Schläfenbeintheil, entsprechend dem Tegmen tympani, grauroth verfärbt, der Knochen daselbst porös, gelblich verfärbt. Diese Stelle befindet sich 1 cm von dem über dem Antrum mastoïdeum geführten Einschnitt in die Dura. Die Oeffnung im Hirn führt in eine gut hühnereigrosse den Schläfenlappen einnehmende Höhle, die mit einer festen abziehbaren Membran ausgekleidet, noch Eiter und Fettbröckel enthält. Die vordere Begrenzung derselben bildet die Hinterfläche der Capsula interna, welche durch Oedem stark gequollen und gleichfarbig erscheint.

Die Trepanationsöffnung liegt über dem untersten Theil der vorderen Centralwirkung mit dem Sulcus praecentralis, die Punctionsstellen sitzen auf der vorderen Centralwindung. Ein Punctionscanal, als feiner leicht hämorrhagisch verfärbter und reactionsloser Strich zu erkennen, führt bis ungefähr $^1/_2$ cm an der Abscesswand vorbei. In beiden Seitenventrikeln mässige Flüssigkeitsmengen, rechts etwas eiterig verfärbt, wahrscheinlich nur durch Verunreinigung. Die Innenwand der Warzenfortsatzhöhle ist durchweg mit anscheinend gesundem Knochen ausgekleidet.

Beide Wunden erscheinen durchaus reactionslos.

Bemerkenswerth an dem Fall ist folgendes:

Der Beginn im äusseren Gehörgang. Der Verlauf ohne Mittelohreiterung. Das Trommelfell blieb bis zum Schluss in-

[12]) Dettweiler, Therapie der Phthisis. Verhandlungen des Congresses für innere Medicin, 1887.

tact. Die unklaren Symptome in der ersten Zeit wurden im vorliegenden Falle noch verdunkelt durch sehr unbestimmte und unzuverlässige Angaben des Patienten, der auch in gesunden Tagen schon den Ruf unnöthigen Jammerns genoss.

Die verhängnissvolle Weiterverbreitung in das Hirn fand offenbar durch das Tegmen tympani auf lymphatischem Wege statt. Gerade da, wo der Knochen krank schien und eröffnet wurde, hatte sich die leichtere Affection epidural abgespielt.

Die Probepunctionen hätten, auch mit dem Messer ausgeführt, nicht mehr Chancen gehabt. Auch dieses konnte ebenso dicht am Abscess vorbeigleiten. Letzteres Ereigniss wie überhaupt die Nichtauffindung des nachher autopsisch bestätigten Abscesses ist übrigens schon mehrfach vorgekommen, so Field, Heidenhain, Poppert, u. A.

Eine weitere Erörterung der Symptomatologie etc. glaube ich dem Leser sparen zu können. Ich betrachte die Mittheilung nur als eine Erweiterung unserer Erfahrungen, dass ausser exactem Suchen auch Glück zum Finden eines Hirnabscesses gehört.

Erfreulicher ist der Verlauf in folgendem Falle:

II. Stinkende Naseneiterung. Empyem beider Stirnhöhlen, cariöse Zerstörung der Hinterwand derselben, rechtsseitige Pachymeningitis, Abscess des Frontallappens. Trepanation. Heilung.

Der 24jährige A. Sch. war mir von Herrn Bez.-Arzt Waibel in Günzburg überwiesen worden. Seit 2—3 Jahren wurden massenhaft grosse stinkende Borken aus beiden Nasen entleert. Ausgebreitetes mit Caries verbundenes Empyem des linken Siebbeinlabyrinthes und beider Kieferhöhlen wurde nachgewiesen, diese Höhlen eröffnet und dadurch der Gestank beseitigt, die Eitersecretion minimal.

Ende April 1894 aber stellte sich wieder, trotzdem aus beiden Kieferhöhlen fast nichts mehr ausgespült werden konnte, etwas Fötor und Borkenbildung ein.

Bis zum 15. V. musste die Untersuchung, auf die hier nicht näher einzugehen ist, ausgedehnt werden, bis sich der Ursprung dieser fötiden Secretion aus den Stirnhöhlen erwies. Da auch ein unbehagliches Gefühl im Kopf geklagt wurde, schritt ich am 17. V. zur Eröffnung. Beiderseits wurde ein Horizontalschnitt dicht über den Augenbrauen geführt, die Vorderwand, die aussergewöhnlich mächtig war, breit abgemeisselt. Beide Höhlen waren aussergewöhnlich klein, etwas über erbsengross, mit Granulationen gefüllt, die Hinterwand beider durch Caries zerstört. Rechts lag die Dura ganz bloss, war etwas verdickt und granulirt, pulsirend. Die Wunden wurden offen tamponirt, nach Auskratzung der Granulationen.

Bis zum 28. V. darauf reactionsloser Verlauf. Temperatur normal, Kopf frei; der Verbandwechsel zeigte beide Wunden, auch am Grunde, ganz rein und gut granulirend. Abends aber trat Kopfschmerz ein und zwar im Hinterkopf, die Nacht über sich steigernd. Morgens entfernte ich darauf sofort die Tampons und fand nun einen kleinen von Jodoform (solches war aufgepulvert worden) gebildeten Schorf auf der Dura, unter dem etwas gelbes Secret zu sein schien. Sofort spaltete ich die Dura an dieser Stelle und sah die Hirnoberfläche darunter leicht rothgrau verfärbt. Vorläufig wurde noch nichts weiter für nöthig erachtet. Temperatur war 38,0, Puls 120. Im Laufe des Vormittages aber traten kurz nacheinander zwei je etwa 10 Minuten dauernde Anfälle von Bewusstlosigkeit, mit allgemeinen Convulsionen und Zungenbiss auf. Daraufhin operirte ich am Nachmittage noch.

Die Schädeldecke wurde um die cariöse Oeffnung herum in Ausdehnung von etwa Zweimarkstück-Grösse abgemeisselt. Die Dura erwies sich nur an der kleinen Stelle verdickt, granulirt, wurde aber weit gespalten. Das pulsirende Hirn zeigte nur an der kleinen, schon bemerkten Stelle eine kleine erweichte, etwa erbsengrosse, seichte Vertiefung, an der Oberfläche lose fettähnliche Partikel. Punction daneben blieb ohne Ergebniss. Es wurde also nur diese Stelle, die als oberflächliche eitrige Encephalitis angesprochen werden musste, vorsichtig gereinigt und locker tamponirt. Links erwies sich die Dura bereits gut mit Granulationen bedeckt. Der Effect war: Abends und die folgenden Tage normale Temperatur, doch blieb der Puls immer noch auf 90, auch hielt ein wechselnder Schmerz im Hinterkopf an. Doch erholte sich der Patient sehr, auch kam kein Anfall weiter.

Das freiliegende Hirn aber begann zu prolabiren. Daher wurde zur Zurückhaltung desselben durch comprimirende Verbände, welche keine Schmerzen erregten, geschritten, dabei die Oberfläche aufmerksam beobachtet. Endlich am 8. Tage nach der Operation hatte man das Gefühl der Fluctuation und sofort, ohne Narkose, mit einem Messer durch den Grund des kleinen Defectes eingehend, und mit Pincette die Oeffnung erweiternd, konnte ich ungefähr einen Esslöffel gelben, nicht fötiden Eiters entleeren. Die kleine, intracerebrale Höhle wurde darauf mittelst Drain abgeleitet und weiter mit Compressionsverbänden gearbeitet, dabei immer unter die Haut und über das Hirn tamponirt, um möglichst eine Zwischenbildung von Granulationen zu bewirken, welche ein späteres Klaffen der Hautränder verhüten sollten. Von diesem Tage an war auch der Kopfschmerz verschwunden, stellte sich nur 3 Wochen später noch einmal ganz vorübergehend ein, die Temperatur blieb normal und am 29. VII. konnte Patient mit geschlossenen Wunden in seine Heimat entlassen werden. Die Eiterung aus den Kieferhöhlen aber war während dessen wieder aufgeflackert und erforderte weitere Behandlung. Am 29. IX. sah ich den Pat. dann wieder, in bestem Wohlsein, beiderseits etwa 1 cm an der breitesten Stelle bemessende feste Narben, die rechtsseitige ganz schwach pulsirend, unempfindlich. Vorläufig denke ich gar nicht an einen plastischen Verschluss des Knochendefectes, da bereits zwei Fälle bekannt sind, in denen ein ausserordentlich weit gehender Naturersatz, (nämlich der ganzen Stirnknochen) stattgefunden hat.

Ob der Abscess latent vorhanden gewesen, ob etwa durch Secretretention unter der eitrigen circumscripten Pachymeningitis, wie sie sich bei der ersten Operation bereits auswies, entstanden ist, bleibt unklar. Vielleicht war eine zu dicke Schichte des Pulvers, trotzdem ich dasselbe nach der Bestreuung der scheinbar gut granulirenden Wunde sorgfältig noch abgetupft hatte, an einer Stelle liegen geblieben und hatte die vorher, wie der Verlauf nach der ersten Operation zeigte, gute Ableitung des minimalen Secretes, behindert.

Bemerkenswerth ist die Localisation des Schmerzes im Hinterkopfe (welche mir auch bei einem anderen Falle von Stirnhöhleneiterung auffiel), und die epileptischen Anfälle, an deren gleichen Pat. nie vorher gelitten hatte, ebenso wie das Verschwinden aller objectiven Erscheinungen nach der Freilegung der Hirnoberfläche, trotzdem sich in der Tiefe noch weiterer Zerfall bildete: Temperatur, Puls, Athmung, alles wurde normal, nur der Kopfschmerz verrieth, dass noch etwas vorgehe.

Feuilleton.

Carl Thiersch.

Nekrolog von Prof. *A. Landerer* in Stuttgart.

Am 28. April 1895 ist Carl Thiersch den Folgen einer Influenza erlegen. Er war am 21. April 1822 in München geboren als Sohn des bekannten Philologen und Philhellenen Friedrich Thiersch. Er gehört einer berühmten Gelehrten- und Künstlerfamilie an; durch seine Heirath trat er in die Familie Justus v. Liebig's ein. Thiersch's äusserer Lebensgang war ein verhältnissmässig einfacher. Seit 1848 war er Prosector der pathologischen Anatomie in München. 1850 war er als freiwilliger Militärarzt im schleswig-holsteinischen Kriege thätig. Die Eindrücke, welche er hier unter Stromeyer's und Frerich's Leitung gewann, sind wohl für ihn bestimmend gewesen, zu praktischer Thätigkeit überzugehen und so sehen wir ihn 1854 als Professor der Chirurgie in Erlangen. 1857 folgte er dem Rufe als Ordinarius der Chirurgie nach Leipzig. An dem Feldzug 1870/71 nahm er als consultirender Generalarzt des sächsischen Armeecorps Theil.

Der späte Uebergang zu einem praktischen Fache ist für Thiersch's ganze Richtung als praktischer Chirurg bestimmend geblieben. Die beiden Hauptwerke Thiersch's zeugen von dieser glücklichen Verbindung grundlegender theoretischer Kenntnisse mit praktischer Erfahrung. 1865 erschien sein grosses Werk „Ueber den Epithelkrebs, besonders der Haut". Es kennzeichnet am besten die Bedeutung dieses Werks, dass heute in einer Zeit, die Alles anzuzweifeln und umzustürzen liebt, die Ergebnisse derselben noch genau so anerkannt sind, wie vor 30 Jahren, dass Thiersch nichts von dem, was er darin ausspricht, zurückzunehmen brauchte, und dass in 30 Jahren, die manche Gebiete unseres Wissens von Grund aus umgestaltet haben, auch nichts wesentlich Neues hinzugefügt werden konnte. Wenn wir heute noch diesem nach Form und Inhalt gleich vollendeten Werke unsere volle Bewunderung zollen, so war der Eindruck bei seinem Erscheinen noch ein viel gewaltigerer. Zu dieser Zeit galt noch die Virchow-Förster'sche Theorie, dass Epithelzellen aus Bindegewebszellen entstehen können. Thiersch's Krebsarbeit hat mit nicht zu widerlegender Sicherheit ergeben, dass Epithelzellen des Krebses aus dem Epitel der Haut, Schleimhäute oder Drüsen hervorgehen. Die Lehre von der Specificität

der Keimblätter hat hiedurch eine weitere gewichtige Stütze gewonnen und besonders werthvoll war der so geführte Nachweis, dass dieses Gesetz nicht nur für normale, sondern auch für pathologische Vorgänge Geltung behielt. Weiter gebildet wurden Thiersch's Anschauungen durch Waldeyer. Welchen bedeutenden Eindruck dieses Werk damals machte, kann man am besten daraus entnehmen, dass Billroth, der bisher auf dem Virchow'schen Standpunkt gestanden hatte, sofort die Ergebnisse in warmen Worten anerkannte. Wenn wir heute über die anatomischen Beziehungen des Krebses zu Klarheit und Einigkeit gelangt sind, so verdanken wir es in erster Linie Thiersch's klassischer Arbeit über den Epithelkrebs.

Auch die Praxis ist bei diesem scheinbar rein theoretischen Werk nicht zu kurz gekommen. Thiersch hat gezeigt, dass man bei der Operation des tiefen infiltrirten (Lippen) Krebses sich mindestens $1^1/_2$ cm von der sichtbaren Grenze des Erkrankten entfernt halten muss, um alles Pathologische mit zu entfernen, während es beim flachen Epithelkrebs alter Leute genügt, sich bei der Operation $^1/_2$ cm vom Rande zu halten.

Die heutige Lehre vom Krebs dankt somit Thiersch ihre wissenschaftliche Grundlage auf dem Gebiete der Theorie nicht weniger als auf dem der Praxis.

Anfang der 70er Jahre erschien die Arbeit „Feinere Vorgänge bei der Wundheilung". Auf Grund experimenteller Untersuchungen, unterstützt durch seine Virtuosität in der Herstellung von Gefässinjectionsapparaten hat hier Thiersch zum ersten Mal eine wirklich systematische Darlegung der Vorgänge bei der Wundheilung gegeben. Er hat gezeigt, wie die verschiedenen Arten der Wundheilung (per primam, secundam intentionem etc.) auf einheitlichen einfachen Processen beruhen, wie die unmittelbare Verklebung von Wundflächen zu Stande kommt, wie ein Saftstrom sofort die Wundspalte durchströmt (plasmatische Circulation), in welcher Weise und wie schnell die Neubildung der Gefässe erfolgt u. s. w. Auch auf dem Gebiet der Wundheilung sind wir heute kaum über Thiersch hinausgekommen, wenigstens nicht in wesentlichen Punkten.

Diese beiden unvergänglichen Werke hatten Thiersch die unbedingte Anerkennung und Bewunderung der ärztlichen Welt errungen. Und zwar war Thiersch's Bedeutung im Auslande, besonders in England, noch rascher und bereitwilliger anerkannt, als in seinem Vaterlande. In Laienkreisen wurde Thiersch's Name erst populär durch die grossen Verdienste, die er sich um die Einführung und Ausbreitung der Lister'schen antiseptischen Wundbehandlung erwarb. Neidlos hat Thiersch die unsterblichen Verdienste des grossen Schotten anerkannt und stets ist ihm Lister verehrungswürdig gewesen. Als Lister 1875 Deutschland besuchte, veranlasste Thiersch grosse Festlichkeiten für ihn in Leipzig. Besonders wurde Lister durch einen grossen Studentencommers gefeiert. — Bei aller Bewunderung des Lister'schen Systems ist er aber kein sklavischer Nachahmer geblieben. 1874 führte er an Stelle der giftigen Carbolsäure die viel weniger differente Salicylsäure in den antiseptischen Apparat ein. Damit hat er den Anstoss gegeben zu einem zweckmässigen und kritischen Ausbau der antiseptischen Wundbehandlung. Er hat damit die bis in die Jetztzeit dauernde Bewegung auf dem Felde der Wundbehandlung angeregt, die kritische Weiterbildung der Methoden bis zur Asepsis. Andere mögen die antiseptischen Fragen mit mehr Eifer, Einzelne mit einer Art fast religiösen Fanatismus gepflegt haben; Thiersch hat auch hier seine kühle Ueberlegung nie verloren und ist dadurch vor mancher Uebertreibung und vor manchem Missgriff bewahrt geblieben.

Neben diesen grossen Arbeiten verdanken wir Thiersch auch viele kleinere Werke. Einigermaassen überraschen dürfte es, dass Thiersch im Jahre 1856 wegen einer Arbeit über den Ansteckungsmodus der Cholera einen Preis von der Pariser Akademie erhalten hat. Die Technik der Untersuchung war für die damaligen Zeiten eine sehr exacte und doch einfache. Seine Studien auf embryologischem Gebiet, besonders über die Entwicklung der Genitalorgane führten ihn zu den bekannten Operationsmethoden der Missbildungen an den Genitalien, den Operationen der Hypospadie und Epispadie und besonders der Inversio vesicae. Hier ist er der erste gewesen, der eine zwar mühsame, aber erfolgreiche Behandlung dieses Leidens gegeben hat, das bisher von den Chirurgen als incurabel vernachlässigt war. Auch hier verläugnet sich der Kenner der Entwicklungsgeschichte, der streng geschulte Anatome und Histologe nicht, wenn er feststellt, dass nur mit echtem Epithel ausgekleidete Hohlräume und Gänge Aussicht auf dauernden Bestand haben, dass man bei der Operation solche epithelbekleidete Höhlen schaffen müsse; im Gegensatz zu den früheren Methoden, wo man bleibende Canäle glaubte mit dem Troicart im Bindegewebe bohren zu können, eine Annahme, die jeder Entwicklungsgeschichte Hohn spricht. Wir übergehen kleinere Arbeiten — Modificationen der Wundnaht (die sogenannte Plattennaht u. A.) — der Unterbindung, kleine Studien über Operationen bei Hämophilie, Morphiumchloroformnarkose u. s. w.

Eine neuere wichtige Errungenschaft war die Neurexärese (1883). Thiersch hat die Operation der Neuralgien vereinfacht und zugleich in ihrem Erfolg viel nachhaltiger gestaltet, indem er nachwies, dass man von einem kleinen, wenig verletzenden Schnitt aus fast den ganzen Nervenstamm herausnehmen kann. Dass Thiersch trotz der Jahre nicht alt geworden ist, das hat er gezeigt durch seine epochemachende Verbesserung der Hauttransplantation (1886). Neu war der Nachweis, dass die besten Erfolge erzielt werden durch Transplantation grosser Lappen auf frische Wunden. Die alte Réverdin'sche Transplantation auf granulirenden Flächen ist dadurch weit überholt worden und fast völlig ausser Gebrauch gekommen. Auch hier zeigte sich wieder der gewiegte Histologe, indem er nachwies, dass selbst in den dünnsten Rasirmesserschnitten der Haut sämmtliche für die Transplantation nöthigen Elemente der Cutis enthalten sind. Es ist dies praktisch um so wichtiger, weil bei der Verwendung dünnster Schnitte an der Stelle der Entnahme keine Narben zurückbleiben.

Noch in den letzten Monaten seines Lebens hat Thiersch die Colie'schen Versuche, bösartige Neubildungen mit Bakterienderivaten zu behandeln, auf seiner Klinik nachprüfen lassen. Er kam damit auf ein altes Lieblingsthema zurück. Schon vor fast einem Vierteljahrhundert hatte er Jahre lang sich bemüht, das Wachsthum bösartiger Neubildungen aufzuhalten durch parenchymatöse Injectionen besonders von Argentum nitricum in die Randzonen der Geschwülste. Die Erfolge waren bei Geschwülsten weniger günstige gewesen, während sie bei Ulcus phagedaenicum mitunter von schönstem Erfolge begleitet waren.

Interessant war Thiersch's Art, wissenschaftlich zu arbeiten. Manche Themen hat er Jahre lang mit eisernem Fleiss und peinlichster Kleinarbeit bearbeitet und bearbeiten lassen, so die Krebsfrage, die Wundheilung; ebenso hat er auf dem Gebiet der chirurgischen Tuberculose lange Jahre histologisch und therapeutisch gearbeitet. Doch genügten ihm die Ergebnisse hier nicht zur Veröffentlichung. Andere Male — Transplantation, Neurexärese — waren es fast momentane Inspirationen, die ihn das mühelos finden liessen, wonach Andere Jahre lang vergeblich gestrebt hatten.

Ueberblicken wir diese lange Reihe grosser zum Theil epochemachender Arbeiten, so tritt uns stets wieder dieselbe Wahrnehmung entgegen, wie Thiersch es verstand, die Ergebnisse methodischer, theoretischer und systematischer Untersuchungen von höheren Gesichtspunkten aus zu sichten, zusammenzufassen und für die chirurgische Praxis zu verwerthen.

Wenn wir den, der völlig neue, grosse Gesichtspunkte gewinnt, dem Wesen nach neue Methoden ersinnt und einführt, als genial bezeichnen, so dürfen wir Thiersch mit Recht als den originalsten und genialsten deutschen Chirurgen der letzten Jahrzehnte bezeichnen.

Wir wollen seine Verdienste nicht abwägen gegen die eines Billroth, Langenbeck und Volkmann — von den Lebenden ganz abgesehen. Billroth und Langenbeck — ihm in vieler Hinsicht ähnlich — mögen glänzendere Operateure, Volkmann mag ein sprechenderer Lehrer, eine fascinirendere Persönlichkeit gewesen sein, an Originalität der Gedanken, an Fülle der Kenntnisse war Thiersch ihnen überlegen. Doch

wollen wir nicht streiten, auf welchem Gebiet der eine den anderen überragte; wir deutsche Chirurgen wollen dankbar sein, dass wir sie alle die unsern nennen durften.

Der Hauptschwerpunkt, die Hauptstärke von Thiersch war die völlige Beherrschung der grundlegenden Fächer, der Anatomie, der groben wie der feinen, der Pathologie und pathologischen Anatomie, der allgemeinen Chirurgie. Er hielt dafür, dass wahre grosse Fortschritte seines Fachs eigentlich nur dem gelingen konnten, der auf allgemeinen Grundlagen, auf der Basis der allgemeinen Chirurgie feststeht. Vielleicht ist es nicht unnütz, diese seine Ansicht heute besonders zu betonen, wo ein grosser Theil der Chirurgen fast nur das Feld der speciellen Chirurgie bebaut. Dementsprechend war Thiersch's hauptsächliches Interesse besonders den Fragen der Allgemeinen Chirurgie zugewendet; für die specielle Chirurgie hatte er weniger Vorliebe.

Seiner Thätigkeit als Operateur konnte man seinen Entwicklungsgang, den Uebergang von theoretischen Fächern zur Praxis sein ganzes Leben lang anmerken. Er war in seinem chirurgischen Handeln frei von Handwerksgriffen und -Kniffen; er verfuhr als ein stets freischaffender Künstler. Sein Operiren war unmittelbar angewandte Anatomie und pathologische Anatomie. Bei seiner phänomenalen Kenntniss konnte er sich dies erlauben, den Operationsplan unmittelbar auf die Diagnose zu bauen.

Er war gänzlich frei von schulmässigen Pedanterien. Manche Methode, die später von Anderen mit dem nöthigen Nachdruck publicirt wurde, hatte er in der That schon vorher in praxi geübt (Zusammennageln von Knochen, gewisse Resektionsschnitte an Hüfte und Knie u. dgl.) ohne sie zu publiciren. Er alterirte sich meist nicht sehr darüber und kämpfte nicht um die Priorität, sondern machte höchstens auf den Chirurgencongressen eine gelegentliche Bemerkung. Das Feilschen um „Methoden" und „Modifikationen" war ihm durchaus zuwider. Wenn sich jemand darüber ereiferte, ob ein Resektionsschnitt 1 cm weiter nach vorn oder nach hinten zu legen, einige cm länger oder kürzer zu machen sei, so hatte er hiefür nur ein mitleidiges Lächeln.

Manche seiner Operationen, die er stets mit unerschütterlicher Ruhe ausführte, mussten jeden Zuschauer zu grösster Bewunderung hinreissen. Ganz besonders sind seine Operationen am Halse hervorzuheben, die Exstirpationen von Halsgeschwülsten, die Unterbindungen von Halsgefässen; ebenso zeugten seine Operationen an der Harnröhre, der Blase von ganz besonderer Eleganz.

In seinen klinischen Vorträgen und im Verkehr mit seinen Assistenten zeigte sich als eine der hervorragendsten Eigenschaften Thiersch's seine grosse Wahrheitsliebe. Thiersch gehörte nicht zu den Chirurgen, die bei der Operation oder Autopsie das finden, „was sie erwartet hatten". Ohne sich selbst im Geringsten zu schonen, gestand er jeden Irrthum ein, legte dar, wie er zu der unrichtigen Auffassung gekommen war und zeigte, wie man hätte anders verfahren sollen. In der Schonungslosigkeit der Kritik gegen sich selbst ging er — besonders in seinen klinischen Besprechungen — oft eher zu weit. Um so mehr, als er trotz des enormen Umfangs seiner Thätigkeit selbst im Laufe der Jahre keineswegs gegen die psychischen Emotionen, die die Thätigkeit des praktischen Chirurgen mit sich bringt, abgestumpft geworden war. Nahm einmal eine grosse Operation wider sein Erwarten und seine Vorhersage einen ungünstigen Ausgang, so brauchte es oft Tage, selbst Wochen, bis er innerlich sich damit abgefunden hatte. Wie Thiersch gegen sich selbst ein unerbittlicher Kritiker war, so übte er auch gegen Andere eine strenge Kritik, besonders wo ihm voreilige Schlüsse auf Grund ungenügender Beobachtungen begegneten. Diese Neigung zur Kritik, unterstützt von einer stets den Nagel auf den Kopf treffenden Logik mag auch die Ursache sein, dass Thiersch nicht in dem Maasse Schule gemacht hat, wie es sich nach seiner eigenen systematischen Durchbildung, der Fülle seiner Kenntnisse und Ideen hätte erwarten lassen. Er war für unreife und halbfertige Entwürfe ganz unzugänglich.

Wenn er so den meisten hastigen Erzeugnissen der Gegenwart gegenüber sich sehr skeptisch verhielt, gegen wirkliches Verdienst verschloss er sich nicht. Was von Langenbeck, Billroth und seiner Schule kam, fand bei ihm stets freudige Aufnahme und willige Anerkennung.

Der modernen Bakteriologie schloss er sich mit einer fast jugendlichen Begeisterung an und liess viel auf diesem Gebiete arbeiten. Er war ein warmer Verehrer von Robert Koch, während er der experimentell-pathologischen Richtung Cohnheim's und seiner Anhänger gegenüber nie aus seiner Reserve heraustrat.

Die Leistungen von Thiersch als Lehrer haben nicht immer die richtige Anerkennung gefunden. Wie in den meisten „grossen" Kliniken kamen die klinischen Anfänger bei ihm nicht immer auf ihre Kosten — sie gehören eben an grossen Universitäten in propädeutische Kliniken. Die Fortgeschrittenen, die schon selbständig zu sehen und zu hören gelernt hatten, aber fanden in seiner Klinik eine um so grössere Fülle des Sehens- und Hörenswerthen. Von seinen Vorlesungen über spec. Chirurgie waren u. a. die über Krankheiten der männlichen Harn- und Geschlechtswerkzeuge so vollendete, dass dieselben ohne jegliche Veränderung ein vollendetes Lehrbuch abgegeben hätten.

Thiersch war einer der wirkungsvollsten Redner. Was er leisten konnte, das pflegte er auf dem Chirurgencongress zu zeigen. — Seine Vorträge waren in der Form vollendet, dabei frei von unnöthigen Phrasen und frei von oratorischer Mache. Nie verlor er sich in inhaltslose Breite. Wie Wenige, verstand er es, die Hauptpunkte klar und sicher herauszuheben.

Dass er es liebte, seine Ansicht in kurzen, scharf pointirten Sätzen zusammenzufassen, ist bekannt. Noch in aller Erinnerung ist das Wort, womit er die Discussion über die Behandlung der Schussverletzungen auf dem Chirurgencongress 1893 abschloss: Lassen wir die Schusswunden offen und schliessen wir die Discussion.

Nicht zum mindesten wurde die Wirkung seines Redens gehoben dadurch, dass er, wie selten einer, auch zu schweigen verstand. So ist es nicht zu verwundern, dass er einer der beliebtesten Redner, eine der populärsten Figuren des Chirurgen-Congresses war. Wenn Thiersch würdevoll nach der Rednerbühne schritt, so entstand sofort die tiefste Stille. Wusste doch jeder, dass, was Thiersch vorzubringen hatte, nach Form und Inhalt gleich vorzüglich war, dass er nie wegen einer Kleinigkeit zum Wort griff. — Seine letzte Freude sollte es sein, dass die deutsche Gesellschaft für Chirurgie ihn — wenige Tage vor seinem Tode — zu ihrem Ehrenmitgliede erwählte.

Ebenso vollendet nach Form und Inhalt waren seine „klinischen Demonstrationen", die er im Verein mit E. Wagner für die Mitglieder der Leipziger medicinischen Gesellschaft lange Jahre zu halten pflegte. Nicht nur aus Leipzig, auch aus der näheren und ferneren Umgebung strömten die Aerzte hiezu herbei. Wenn Thiersch trotzdem den praktischen Aerzten gegenüber — nicht in Erlangen, wohl aber in Leipzig — nicht recht warm wurde, so mögen daran gewisse Vorgänge Schuld sein, die vor seiner Berufung und im Anfang seines Leipziger Aufenthaltes spielten.

Obwohl sie keine persönliche Spitze gegen ihn hatten, obwohl es sich mehr um Schwierigkeiten handelte wie sie wohl jeder überwinden muss, der an einem fremden Ort eine neue grosse Wirksamkeit beginnt, so hat Thiersch mit diesen Eindrücken doch nie ganz fertig werden können.

Bei seinen Patienten genoss Thiersch eine grosse Liebe und Verehrung: besonders Frauen und Kindern gegenüber war er von rührender Zartheit und Schonung. Bei seinen Verbandwechseln kam es ihm oft — trotz allen Drangs der Arbeit — nicht auf Viertelstunden an, wenn er dadurch Schmerzen ersparen konnte. — An den Seinen hat Thiersch stets mit treuer Liebe gehangen. Die stete Sorge für seine Familie hat ihn bis in die letzte Stunde seines Lebens begleitet.

Thiersch war — wie es sich fast von selbst versteht — keine einseitige Natur. Er hatte nicht bloss für medicinische Fragen Interesse. Er war u. A. ein warmer Verehrer

Shakspeare's und hatte auch Vorträge über Shakspearefragen gehalten. Auch für psychologische Fragen interessirte er sich zu Zeiten.

Thiersch war in Leipzig eine sehr populäre Persönlichkeit. Die rege Theilnahme an seinem 70. Geburtstag gab sich kund in der Verleihung des Ehrenbürgerbriefs der Stadt Leipzig. Er konnte ein überaus anregender Gesellschafter sein. In den Leipziger Kreisen circulirten zahlreiche geflügelte Worte von ihm.

Wenn er Abends in der Harmonie seine Billardpartie mit gewohnter Meisterschaft spielte, so umgab ihn stets ein Kreis, der auf irgend eine charakteristische Aeusserung, ein Kind seines Humors lauerte, um es sofort mit Windeseile durch die ganze Stadt zu colportiren. Sein Witz war nicht verletzend und er schonte auch sich selbst gelegentlich nicht.

Heute trauern nicht nur seine Leipziger Mitbürger und die ärztliche Welt, das ganze deutsche Volk hat um einen grossen Todten zu trauern. Sein Andenken möge den Lebenden und Nachstrebenden ein glänzendes und mahnendes Beispiel bleiben.

Referate und Bücheranzeigen.

G. Leopold: Geburtshilfe und Gynäkologie. II. Band der Arbeiten aus der königl. Frauenklinik in Dresden. Leipzig, S. Hirzel, 1895.

(Schluss.)

Unter den Arbeiten aus dem Gebiete der Gynäkologie folgen zunächst vier, welche die vaginale Totalexstirpation des Uterus zum Gegenstande haben, und zwar behandelt die erste derselben aus der Feder Leopold's die Dauererfolge der vaginalen Totalexstirpation des Uterus wegen Carcinoms und die Verhütung der Recidive. Die Zusammenstellung der 164 an Carcinom operirten Fälle ergibt zunächst 10 Todesfälle (7,1 Proc.) nach der Operation, und zwar 2 an Erschöpfung, weil zu spät operirt worden ist, 1 an Ileus und 7 an Sepsis, theils in Folge von Verjauchung des Beckenzellgewebes bei zurückgebliebenen Carcinommassen, theils durch Eintritt von Koth in die Wunde, theils durch Uebergang des Carcinoms auf die Därme oder durch Verunreinigung der Peritonealhöhle durch Krebssaft; in 2 Fällen trat Pyosalpinxeiter in die Bauchhöhle. 11 Operirte starben ferner an anderen mit Carcinom nicht zusammenhängenden Krankheiten, darunter 2 an Psychosen (1 an Meningitis tuberculosa) und 4 an Lungentuberculose. Von den 140 Operirten, deren späteres Schicksal in Erfahrung gebracht werden konnte, starben 50 an Recidive und 16 leben noch, sind aber recidiv, so dass sich ein Procentsatz von 47,1 Recidiven berechnet. Länger als 2 Jahre sind frei von Recidive 55,8 Proc. — im Ganzen demnach äusserst zufriedenstellende Resultate.

Um nun den Dauererfolg möglichst zu sichern, verlangt Leopold möglichst frühzeitige Operation, möglichst breite Umschneidung von der Portio nicht 1, sondern 2 cm entfernt, endlich gründlichste Entfernung und Unschädlichmachung des Carcinoms vor der Totalexstirpation, damit Impfrecidive, wovon 3 frappante Fälle mitgetheilt werden, möglichst vermieden wird. Sehr bemerkenswerth ist, dass in einer Reihe von Fällen, welche im Anfangsstadium der Geschwulstbildung operirt wurden, trotz Anwendung aller Cautelen bei der Operation selbst, dennoch bald Recidive eintrat, während andererseits vorgeschrittenere Fälle nach breiter Umschneidung Jahre lang recidivefrei blieben. Es erklärt sich dies daraus, dass manchmal ein scheinbar gering verbreitetes Carcinom weithin Vorposten in das umliegende lockere, an Lymphspalten und -Gefässen reiche Gewebe ausschickt, dagegen vorgeschrittenere Carcinome manchmal noch einen isolirten Herd bilden können, der bei gehöriger Umschneidung noch radical entfernt werden kann.

Bemerkenswerth ist ferner, dass aus der Reihe der ersten 40-50 Fälle weniger Operirte an Recidive erkrankten als später, und zwar desshalb, weil nach Vervollkommnung der Technik die Auswahl der Fälle für die Operation eine weniger strenge wurde.

Was die Ausführung der Operation betrifft, so entfernt Leopold in erster Linie alles Carcinomatöse mit Löffel oder Thermokauter; hierauf folgt ausgiebige Spülung und Abreibung der Wundfläche mit 5 proc. Carbollösung, sowie entweder Verschorfung oder bei unregelmässigen Buchten Ausstopfung mit sterilisirter Gaze. Schliesslich werden die Wundränder mit 2 Muzeux fest gefasst, so dass Krebssaft nicht ausfliessen, sondern höchstens in die nächstliegende Gazeschicht gelangen kann. Ebenso werden Collumcarcinome ausgelöffelt, gereinigt und verstopft. Bei Corpuscarcinomen wird nach besonders vorsichtiger Entfernung und Reinigung der Uterus mit Jodoformgaze ausgestopft und der Muttermund zugeklemmt. Nun folgt nach nochmaliger Desinfection der Hände erst die eigentliche Exstirpation, wobei zur Vermeidung der Verimpfungsgefahr jede Berührung des Carcinoms mit Fingern oder Instrumenten vermieden und mit dem Thermokauter oder noch besser mit trockenen Tupfern, stumpfer Aneurysmanadel und Seidenfäden weiter gearbeitet wird. Bevor man eine Ligatur nach dem Uterus hin durchschneidet, wird ebenfalls mit sterilen Gazetupfern abgetupft und der Stumpf sowohl als die Uterusfläche trocken gelegt. Abklemmung mit Richelot'schen Klammern wurde nur, um das Verfahren zu versuchen, vorgenommen, die Abbindung jedoch vorgezogen. Bei Hervorbrechen von Krebssaft oder Eiter wird besonders sorgfältig mit Tupfern gereinigt. Nach Excision des Uterus folgt die vollständige Vernähung der Bauchhöhlenöffnung unter Befestigung der Stümpfe in beiden Ecken und die genaue Vernähung der zur Entspannung etwa ausgeführten Scheidenschnitte.

Die sacrale Methode, sowie die Laparohysterectomia vaginalis hat Leopold je 2mal, die Freund'sche Operation 8mal ausgeführt; von den ersteren Fällen starb je eine, nach Freund'scher Operation 7 Operirte, und zwar theils an schon bestehender Entkräftung, theils an dem als äusserst schwer zu bezeichnenden Eingriff selbst.

In Bezug auf die Aetiologie des Carcinoms verwirft Leopold die Cohnheim'sche Theorie von der embryonalen Einlagerung, sowie die Thiersch'sche Theorie der Gleichgewichtsstörung zwischen Bindegewebe und Epithel, sondern erklärt im Anschluss an die Theorie der chronischen Reizung die Entstehung der schrankenlosen atypischen Epithelwucherung als Folge der Einwirkung eines noch unbekannten Krankheitsträgers — parasitärer oder chronischer Art — auf das durch chronische Reizzustände oder durch einen Altersumwandlungsvorgang zu einem günstigen Entwicklungsboden umgeschaffene Epithel.

Ueber die operative Behandlung der Uterusmyome durch vaginale Totalexstirpation wird von Berner berichtet. Es wurden im Ganzen 48 Fälle operirt, von welchen 21 bereits von Münchmeyer und Leopold[2] veröffentlicht sind. Es ergaben sich im Ganzen 3 Todesfälle, einer durch septische Peritonitis in Folge Fehlers bei der Operation (Eingehen des Fingers in den Mastdarm), einer an eitriger Peritonitis nach am 7. Tage post exstirpationem vorgenommener Herniotomie und Eindringen von Eiter aus dem Bruchsack in die Bauchhöhle, endlich einer unabhängig von der Operation an Duodenalgeschwür.

Die Indicationsstellung wird in folgender Weise präcisirt: Die Totalexstirpation ist bei Myomen bis zur Grösse eines Kindskopfs dann angezeigt, wenn nach Erschöpfung aller anderen Mittel der wachsende Tumor starke Blutungen, Schmerzen, Druckerscheinungen oder entzündliche und degenerative Veränderungen darbietet, ferner wenn nach genauer Untersuchung in Narkose sich die Eierstöcke als entzündet und für die Castration zu fest verlöthet herausstellen, endlich wenn der allgemeine Zustand der Kranken für eine Laparotomie zu bedenklich ist. Vor der Exstirpation per laparotomiam hat die Operation wegen geringerer Gefahr in Folge Fortfalls der Bauchwunde, Vermeidung der Abkühlung der Gedärme und kürzerer Dauer den Vorzug, vor der Castration hat sie den sichereren Erfolg voraus.

Die Vorbereitung der Kranken zur Operation besteht in Einleitung guter Ernährung und wiederholter Vornahme subcutaner Kochsalzinfusionen. Die Operation selbst unterscheidet sich in der Technik nur in einigen Punkten von der Operation bei Carcinom. Namentlich ist bei virgineller Scheide die Erweiterung derselben durch einen links (nicht beiderseits) anzulegenden tiefen Schnitt gegen das Tuber ischii zu nöthig, worauf durch Einlegung einer breiten Rinne genügend Raum und Uebersicht gewonnen wird. Ausserdem kommt bei grösseren Tumoren die Zerstücklung der Geschwulst als complicirendes Moment hinzu. Dieselbe wird nach Anlegung eines Längs- oder Kreuzschnittes in die betreffende Uteruswand durch Enucleation eines Knotens nach dem anderen zur Ausführung gebracht. Vor und bei Einschnitt der Kapsel müssen dieselben Vorsichtsmaassregeln angewendet werden wie beim Carcinom, weil man nicht vorher weiss, in welchem Zustande (ödematös, zerfallen, verjaucht etc.) sich das Geschwulstgewebe befindet. Ferner muss ganz besonders auf etwaigen Abgang von Fäces während der Operation geachtet und jede Verunreinigung der Finger vermieden werden. Nach Excision des Uterus wird die Wundöffnung provisorisch tamponirt, dann vernäht und die Stümpfe beiderseits eingenäht, dann Vernähung des etwaigen Scheidenschnittes und Tamponade des Scheidengewölbes. Während der Operation (Aethernarkose) wird, sowie der Puls in seiner Spannung nachlässt, auch wenn er dabei noch ruhig und regelmässig ist, eine Kochsalzinfusion vorgenommen, deren Wiederholung in Dosen von 200—300 g auch in den 3 der Operation folgenden Tagen, wenn nöthig, empfohlen wird. Die Stümpfe und Ligaturen werden am Ende der 2. Woche bei erstem Tamponwechsel entfernt und dann Ausspülungen mit Kaliumpermanganat und Glycerinwattetamponade vorgenommen. Bei der Nachbehandlung muss ganz besonders das Augenmerk auf etwaige Thrombosirungen gerichtet werden, die sich schon im Voraus durch das Verhalten des Pulses kenntlich machen. Eine Verletzung der Blase ist nur einmal, eine solche des Ureters niemals vorgekommen. Endlich ist auf möglichst langes Verharren in ruhiger Bettlage und längeres Verbleiben in der Klinik grosses Gewicht zu legen.

Die vaginale Totalexstirpation des Uterus u. der Adnexe wegen schwerer chronischer Erkrankungen derselben wurde von Leopold selbst bearbeitet. Leopold vertheidigt die Berechtigung dieser Operation gegenüber der Laparotomie, welche bei

[2] Archiv für Gynäkologie, Bd. XXXVI und XXXVIII.

chronischen eitrigen Adnexerkrankungen gefährlicher und vielfach schwieriger auszuführen ist, ja unausführbar sein kann, nur zu häufig aber auch in ihrem Erfolge unsicher bleibt, indem bei einem guten Theile der Operirten Beckenschmerzen, Blutungen, Defäcationsbeschwerden und verminderte Arbeitsfähigkeit zurückbleibt, ja erst recht durch Verlöthungen der Därme, des Netzes und des Rectums mit den Stümpfen neue Beschwerden hinzutreten. Erst durch Beseitigung auch des Uterus, also alles kranken Gewebes, werden die Beschwerden beseitigt. Die vaginale Exstirpation bewirkt ferner, dass die Stümpfe extraperitoneal liegen, Verlöthungen derselben also nicht mehr in Frage kommen, und dass durch die nach unten offene Wunde eine Secretansammlung nicht mehr möglich ist. Der Einwand, dass die vaginale Exstirpation vielfach Verletzungen der Nachbarorgane im Gefolge hat, wird durch Leopold's Fälle widerlegt, in welchen niemals Darm, Blase oder Ureter verletzt worden ist. Auch die Ausführbarkeit der Operation ist von unten nicht schwieriger, indem auch die Laparotomie durchaus nicht immer klaren Einblick in die Verhältnisse schafft und bei ihr trotz aller Cautelen eine Verunreinigung des Bauchfells oft nicht zu vermeiden ist, während man bei der vaginalen Exstirpation unterhalb des Daches, das die in der Höhe des Beckeneingangs verlötheten Organe gebildet haben, gewissermaassen also extraperitoneal arbeitet. Die etwaige Zurücklassung einzelner Reste von sehr morschen Tuben- und Ovariensäcken kann ebenfalls keinen berechtigten Einwand gegen die Operation abgeben, wie die gemachten Erfahrungen beweisen. Endlich begegnet Leopold auch dem Einwande, dass bei dieser Operation manchmal die gesunden Adnexe einer Seite mitentfernt würden, indem bei den von ihm operirten Fällen jedesmal die Adnexe nur dann entfernt wurden, wenn sie erkrankt waren. Uebrigens dürften bei schweren perimetritischen Verlöthungen, wie sie in allen Fällen gegeben waren, auch die Adnexe der scheinbar nicht erkrankten Seite kaum in völliger Gesundheit sein, so dass auch die Entfernung solcher Adnexa gerechtfertigt wäre.

Die Statistik über 37 operirte Fälle mit nur einem Todesfall (Stieleiterung und Sepsis) ergibt vollends die Berechtigung der Operation, indem durch dieselbe eine völlige Beseitigung der immer wieder recrudescirenden Entzündungen und ein mehr oder minder vollständiges Schwinden der schweren Neurosen erzielt wurde.

Die Erkrankungen, bei welchen diese Operation in Frage kommt, sind vor Allem Retroflexio uteri fixata mit chronischer Metritis und Endometritis, schleimigeitrigem Ausfluss und profuser Menstruation, ferner die Entzündungen der beiderseitigen Tuben und Ovarien, namentlich die Abscessbildung in den letzteren, Abscessbildung in den breiten Ligamenten und Schwielenbildungen in der Umgebung des Uterus. Die Infection erfolgte in den meisten dieser Fälle durch Gonorrhoe, in einer viel geringeren Zahl im Puerperium.

Mit vollem Rechte verwirft Leopold in solchen Fällen die von manchen Seiten in kritikloser Weise geübte Massage, welche nur im Stande ist, die schützenden Pseudomembranen zu zerreissen und dadurch den vorhandenen Mikroorganismen Gelegenheit zur Weiterverbreitung zu geben.

Was die Ausführung der Operation betrifft, so unterscheidet sich dieselbe nicht wesentlich von der Technik bei Carcinom. Die Verlöthung des Douglas'schen Raumes kann allerdings das Vordringen zu den Adnexen erschweren, was dann durch Eröffnung der Plica vesico-uterina und Herumgehen seitlich um den Uterus herum geschehen muss. Besondere Vorsicht ist bei Unterbindung der Stiele anzuwenden, welche auch hier in die Wundwinkel eingenäht werden; schliesslich wird nach Vereinigung der hinteren mit der vorderen Serosalamelle beiderseits Jodoformgaze eingeschoben, weil die Verunreinigung der Beckenhöhle eine Ableitung etwa zurückgebliebenen Secretes verlangt. Schliesslich betont Leopold den Ausführungen von Landau gegenüber seine Prioritätsrechte bezüglich dieser Operation gegenüber Péan, dessen Operationen später als Leopold's erste Operationen ausgeführt worden sind.

Ueber die Totalexstirpation des Uterus mit Entfernung grosser Scheidenlappen wegen Totalprolaps des Uterus berichtet J. Wolff. Zunächst werden die bisherigen Operationsmethoden bei Prolaps einer kritischen Besprechung unterzogen und in ihren Indicationen präcisirt. Die Kolporrhaphie mit Kolpoperineoplastik, welche unleugbare Dauererfolge aufzuweisen hat, wird besonders auf die Fälle von Inversion der Scheidenwände ohne wesentliche Senkung des Uterus verwiesen; dagegen wird für die Alquie-Alexander'sche Operation, sowie für die Ventrofixation der Dauererfolg in Zweifel gezogen. Da ferner die Pessarbehandlung für viele Fälle nicht genügt und die Ture Brandt'sche Massage das Versprochene nicht geleistet hat, bleibt zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit in einer Reihe von Fällen nur die Totalexstirpation des Uterus als Ultima ratio. Als Indicationen für diesen Eingriff werden aufgestellt: 1) wenn die Beschwerden sehr gross und andere Heilmittel erfolglos geblieben sind oder wenn von ihnen ein Erfolg nicht erwartet werden kann; 2) bei starker seniler Atrophie der Schleimhaut oder hohem Grade von Hypertrophie derselben, da hier bei plastischen Operationen die Fäden fast stets frühzeitig durchschneiden; 3) wenn der Uterus wegen übermässiger Dehnung der Ligamente jedes Haltes beraubt ist und nach Reposition ohne jede Anstrengung der Bauchpresse sofort wieder hervortritt; 4) bei Repositionsunmöglichkeit wegen Schwellung oder Verwachsungen des Uterus, endlich 5) bei Complication mit Carcinom oder Myom.

Von 18 operirten Kranken starben 3, eine an Pneumonie, traumatischer Peritonitis, Stenose der Flexura sigm. durch Adhäsionen und Pseudodysenterie des internen Darmabschnittes, eine zweite an Dilatation und Hypertrophie des Herzens mit brauner Atrophie und Atheromatose, endlich eine an Sepsis (nur zwei dieser Kranken waren von Leopold selbst operirt worden). Dauererfolge wurden bei allen 12 Operirten, die controlirt werden konnten, erzielt, jedoch ist es nöthig, ausser der Excision des Uterus eine ausgiebige Resection der Scheidenwände vorzunehmen. Bezüglich der Technik der Operation ist zu bemerken, dass die Stümpfe der Ligamente auch hier in die Winkel der zu schliessenden Scheidenwunde eingenäht werden sollen, damit sich ihre Wunde in der Scheide befindet und durch ihre Retraction ein Herabsinken der Scheidenwände verhindert werde. In einem Falle (Complication mit Carcinom) wurde der Ureter durchschnitten, jedoch schloss sich die Fistel alsbald von selbst.

In der nächstfolgenden Arbeit behandeln Leopold und Wehle die Wiederherstellung des völlig zerrissenen Dammes und Afters (Ruptura perinei completa) — Proktoperineoplastik. Die Arbeit beschränkt sich auf die Besprechung von completen, bis in den Sphincter ani reichenden Dammrissen, für deren Operation der Name Proktoperineoplastik vorgeschlagen wird. Die 105 Fälle, auf deren Beobachtung sich die Arbeit aufbaut, stammen alle von der Entbindung her und zwar allergrösstentheils von Zangenoperationen. Unter den Symptomen werden ausser der fast stets vorhandenen totalen und partiellen Incontinenz die Entzündungen der Theile in Folge des fehlenden Scheidenverschlusses, ferner seltener Vorfall der Scheide und Senkung des Uterus, besonders aber die quälenden nervösen Erscheinungen, welche in Folge der Incontinenz, sowie in Folge der Compression feiner Nervenstämme durch die Narbenbildung zurückzuführen sind, hervorgehoben.

Für die erfolgreiche Beseitigung des Risses und seiner Folgen sind die zwei Hauptacte der Operation — die Anfrischung und die Naht, von ausschlaggebender Wichtigkeit. In ersterer Beziehung kommen die Verfasser nach Besprechung der verschiedenen Anfrischungsmethoden zu dem Schlusse, dass die L. Tait'sche Lappenplastik ohne Opferung von Gewebe theoretisch wohl richtig ist, in Wahrheit im Einzelfalle nicht die normalen Verhältnisse schafft, wie sie bei Entstehung des Risses gegeben waren, während andererseits das Stehenlassen von Narbengewebe die Beschwerden durch Narbenzug nicht beseitigt und ausserdem für eine plastische Operation keine idealen Verhältnisse schafft. Mit Recht wird besonders die durch Stehenlassen der in Folge des Narbenzugs heruntergezogenen Columna rugarum posterior entstehende Pürzelbildung und die Allen, welche nach L. Tait operirt haben, bekannte Abflachung, ja häufig sogar sich ausbildende trichterförmige Einsenkung des neugebildeten Dammes als Nachtheile der Lappenbildung hervorgehoben. Leopold kehrte desshalb zu einer Anfrischungsmethode zurück, welche sich der von Hegar angegebenen und der Freund'schen wieder nähert, aber je nach der Individualität des Einzelfalles verschiedene Figuren ergibt, indem besonders das Narbengewebe ausgeschnitten wird. Die Figur, welche wegen der Einseitigkeit des Scheidenrisses einzipfelig und nicht ganz symmetrisch ist, wird nach vorne begrenzt durch die hinteren Enden der Labia minora und die vorderen des zerrissenen und auseinandergewichenen Spincters, sowie durch den Endpunkt des seitlich von der Columna hinaufreichenden Scheidenrisses. Die Anfrischungsfläche ist nach Excision der Narben sehr klein, wird aber durch Auseinanderziehung mit Häkchen viel grösser und gibt dann die normalen, d. h. die bei Entstehung des Risses vorhanden gewesenen Verhältnisse getreu wieder. Die Heilungsverhältnisse gestalten sich je nach der gewählten Anfrischungsmethode in der Weise, dass bei Anfrischung nach Hegar in 88,5 Proc., nach Narbenexcision in 94,5 Proc. und nach L. Tait in 66,6 Proc. Continenz erzielt wurde.

Die Naht wird in der Weise ausgeführt, dass Scheide, Mastdarm und Damm für sich genäht, ganz besonders dass die zerrissenen Sphincterenden durch besondere Sphincternähte wieder vereinigt werden. Die letzteren werden nach Vereinigung des Mastdarms durch feine Sondenknopfnähte mit tiefen, nahe am Wundrande eingestochenen Nadeln (nach Fritsch) um die Sphincterenden selbst herumgeführt. Zur Vereinigung des Dammes bedient sich Leopold, wie bei der L. Tait'schen Operation, sogenannter Dammanker d. h. tiefer die ganze Wundfläche umgreifender, jeden hohlen Raum ausschaltender Nähte, welche erst nach Anlage der oberflächlicheren Nähte geknüpft werden. Es wird nur nicht resorbirbares Nahtmaterial verwendet, weil Catgut zu rasch resorbirt wird, und zwar wird der Seide der Vorzug gegeben. Bezüglich der Details der Operation sei erwähnt, dass nach genauer Reinigung des Scheidenrohres und bei Uteruskatarrh auch der Uterus bei Anfrischung und Naht mit steriler Kochsalzlösung berieselt wird; schliesslich werden die Glutaei durch einen Heftpflasterstreifen einander genähert und fixirt und die Knie zusammengebunden. Die Nachbehandlung besteht in 16 Tage langer Beschränkung auf flüssige Kost, täglich dreimaliger Abspülung des Dammes und nachfolgender Dermatolbestreuung und Katheterismus während der ersten 5 Tage. Der erste Stuhl wird erst am 16. Tage durch Ricinusöl erzielt. Die Scheiden- und Dammnähte sind nach 10—12 Tagen (einschneidende früher), die Mastdarmnähte am 16.—18. Tage zu entfernen.

Vorzügliche klare Abbildungen erläutern die Ausführungen der Verfasser über Anfrischung und Naht.

Es folgen drei Arbeiten casuistischen Inhalts, zunächst die Beschreibung eines Falles von primärem Tubencarcinom von Fearne. Der für ein seröses Uterusmyom gehaltene Tumor wurde exstirpirt

und erwies sich als Medullarcarcinom, ausgehend von der Tubenschleimhaut, deren Falten papillomatöse Massen bilden, die, Anfangs gutartig, schliesslich eine carcinomatöse Degeneration zeigen. Tabellarisch werden 9 Fälle von Tubencarcinom und 7 von Sarkom aus der Literatur zusammengestellt.

Lange beschreibt einen Fall von Enucleation von Myomen aus dem schwangeren Uterus. Das Myom war faustgross, ziemlich verkalkt und sass in der vorderen Uteruswand, aus welcher es unter allerdings starker Blutung ausgeschält wurde; das Geschwulstbett wurde vernäht und die Serosa darüber vereinigt. Die Kranke, welche sich bei der Operation im VI. Monate der Gravidität befand, gebar am Ende der Schwangerschaft leicht und ohne Kunsthilfe. Der Arbeit ist eine 31 Fälle von Myomektomie bei Schwangerschaft umfassende Tabelle beigegeben, aus welcher sich vor dem Jahre 1884 ein Verlust von 62,5 Proc. der Kinder und 37,5 Proc. der Mütter, seit diesem Jahre aber 39,13 Proc. bezw. 17,4 Proc. Mortalität berechnet.

Buschbeck beschreibt zwei Fälle von Operation unzugänglicher Blasengenitalfisteln von der Blase aus. Im ersten Falle handelte es sich um eine hohe Blasengebärmutterscheidenfistel mit fistulösem Gang aus der Blase nach der Schamfuge und Caries des Symphysenknorpels. Nach der nach Trendelenburg ausgeführten Sectio alta erwies sich die Anfrischung und directe Verschliessung der Fistel von der Blase aus als unthunlich, und es wurde, um die Symphysen-Fistel aus der Blase völlig auszuschliessen, ein Theil der vorderen Blasenwand resecirt und die Blase durch 50 theils tiefe, theils oberflächliche Seidennähte geschlossen. Hierauf erfolgte Ausschabung der Fistelhöhle, Vereinigung der Schamfugenränder, Drainage und Gazetamponade und Einlegung eines Dauerkatheters. Heilung. Im zweiten Falle handelte es sich um völlig unbewegliche Gebärmutterblasenscheidenfistel. Nach Ausführung des Sectio alta wurde der narbige Fistelring quer gespalten und nun zuerst der untere Wundlappen (Scheidenlappen) durch Catgut-Nähte vereinigt, und dann auch der obere, jedoch mit feinsten Seidennähten; hierauf Schluss der Blasenwunde. Der Heilungsverlauf wurde durch Con crementbildung um die nach der Blase zu geknoteten Ligaturen etwas gestört, wesshalb Catgut als Nahtmaterial hier vorzuziehen wäre. Die Ableitung des Harns geschah in beiden Fällen durch Einlegen eines Nélaton-Katheters, der mit einem Gummischlauch verbunden wurde, um den permanenten Ausfluss des Harns in ein unter dem Bette stehendes mit 1 proc. Carbollösung gefülltes Gefäss zu sichern.

Derselbe Autor beschreibt ferner zwei Fälle von Ureter-Bauchdeckenfisteln nach Myomektomie. Im ersten Falle war bei extraperitonealer Stielversorgung der rechte, wahrscheinlich nach aufwärts abgeknickte Ureter theilweise oder ganz abgeschnürt worden, so dass nach Abnahme des mortificirten Stumpfs das centrale Ureterende in den Wundtrichter ausmündete. Ein Versuch, das centrale Ureterende in die Blase zu leiten, misslang, so dass nur mehr durch Nephrektomie Heilung bewirkt werden konnte. Auch im 2. Falle ist die Entstehungsweise der Fistel durch den zusammenschnürenden Gummischlauch bei extraperitonealer Stielversorgung anzunehmen. Nachdem auf spontanen Schluss der Fistel nicht mehr zu denken war, wurde zuerst der Blasenfundus an den Stielstumpf befestigt, dann eine äussere Blasenfistel angelegt und schliesslich durch zweimalige Operation eine Ueberdachung des neuen Harncanals bewirkt und so die völlige Continenz wieder hergestellt.

Den Schluss des Bandes bildet ein kurzer Bericht über 1000 Laparotomien aus der Feder des Herausgebers. Derselbe enthält eine gedrängte Darstellung der Vorbereitung zur Operation und der Operationstechnik. Bezüglich der letzteren möge nur hervorgerufen werden, dass Leopold die Bauchwunde nur durch eine einzige Lage tiefgreifender Nähte — dazwischen oberflächliche — vereinigt, und dass bei unreinlichen Operationen von der Gazetamponade Gebrauch gemacht wird.

Die Endresultate der 1000 Laparotomien berechnen sich auf 133 Todesfälle, von denen aber nur 85 auf Rechnung der Operation selbst kommen, und zwar von den ersten 500 Fällen 8,2, von den letzten 500 nur 4,8 Proc. Die Ovariotomien ergaben unter Einrechnung auch der zahlreichen ungünstigen Fälle, auch bei der Malignität der Tumoren, eine Sterblichkeit von 10,7 Proc., die letzten 100 Operationen noch 5 Todesfälle.

Nachdem Leopold noch für die Operation bei malignen Tumoren eintritt, für welche Anschauung einige schlagende Beispiele als Belege angeführt werden, fasst er für diejenigen, welche Laparotomien machen wollen, seine Erfahrungen in 30 wohl zu beherzigende „goldene Regeln“ zusammen.

Zum Schlusse soll noch bemerkt werden, dass in der Dresdener Klinik seit dem Jahre 1890 bei geburtshilflichen und gynäkologischen Fällen fast ausnahmslos die Aethernarkose angewendet wird und dass kein Todesfall in Folge derselben zur Beobachtung kam; allerdings entstand einmal eine Pneumonie mit tödtlichem Ausgange am 9. Tage, jedoch kann dieser Todesfall der Aethernarkose nicht mit Bestimmtkeit zugeschrieben werden. Von Wichtigkeit ist die Vorschrift, während der Aethernarkose die Athmung sorgfältig zu beachten, welche stets hörbar bleiben muss. Wenn bei einer Operation Beckenhochlagerung angewendet werden soll, so wird diese nicht eher hergestellt, als bis die Narkose vollständig tief war; auf diese Weise wurden auch hiebei unangenehme Zwischenfälle vermieden. Stumpf.

Neueste Journalliteratur.

Centralblatt für innere Medicin. 1895, No. 19.

Wenzel: **Ueber die therapeutische Wirksamkeit des Digitoxins.** (Aus der städtischen Krankenanstalt Magdeburg-Sudenburg.)

Verfasser berichtet über die Resultate der Digitoxin-Behandlung bei 12 Kranken, von denen 9 an incompensirten Herz- und Nierenkrankheiten, 3 an anderen Krankheiten litten. Wegen der drohenden oder bereits vorhandenen gastrischen Störungen wurde die Anwendung des Mittels in Klysmen vorgezogen. 15,0 einer Lösung Digitoxin (Merck) 0,01, Alkohol 10,0, Aqu. dest. ad. 200,0 wurden auf ein 100,0 Wasser enthaltendes, lauwarmes Klystier gegeben; ein derartiges Klysma wurde zuerst täglich dreimal, später nur zweimal und zuletzt nur einmal verabreicht. Die Einzelgabe betrug somit 0,00075 Digitoxin.

Alle Kranken haben mehr oder minder prompt auf das Digitoxin reagirt. Das Präparat erwies sich bei Herzklappenfehlern und Myocarditiden als ein mächtiges Cardiacum, das selbst dann noch Erfolg zu versprechen scheint, wenn andere Medicamente, selbst das Digitalisinfus, wirkungslos bleiben. Schon nach wenigen Milligrammen tritt in 12—24 Stunden ein jäher Abfall der Puls- und Athmungszahl, Zunahme der Pulswelle, Schwinden der Cyanose ein. Vorzüglich war die diuretische Wirkung, die besonders dann, wenn der Circulationsapparat in Mitleidenschaft gezogen, ausgiebig hervortritt, derart, dass Werthe von 3000, 3500, ja 4000, in einem Falle sogar 4500 nicht zu den Seltenheiten gehören. Das specifische Gewicht sinkt dabei unaufhörlich, der Albumengehalt fällt auf ein Minimum. W. Zinn-Nürnberg.

Archiv für klinische Chirurgie. 49. Band. 4. Heft. Berlin, Hirschwald, 1895.

1) Bier: **Ueber circuläre Darmnaht.** (Aus der chirurgischen Klinik zu Kiel).

Verf. hat bei 15 Darmresectionen die Darmenden durch die Lembert'sche Naht vereinigt und mit dieser Naht sehr gute Erfolge gehabt. Zwei ungünstig verlaufene Fälle sind nicht auf Rechnung der Naht zu setzen. B. hält die Lembert'sche Naht in der grossen Mehrzahl der Fälle für das einfachste und sicherste Verfahren.

2) Nasse-Berlin: **Zwei Fälle von angeborener medianer Spaltung der Nase.**

Für die Aetiologie dieser Missbildungen kommen ausser der von Witzel betonten von hinten oder innen her wirkenden Kraft sicherlich auch amniotische Verwachsungen in Betracht.

3) Rosenbaum: **Die Totalexstirpation der Epiglottis nebst einigen Bemerkungen zur Pharyngotomia subhyoidea.**

Israel hat bei einem 64 jährigen Mann vermittelst der Pharyngotomia subhyoidea ein grosses Carcinom der Epiglottis mit gutem Erfolge entfernt.

Die Hauptsache bei der Operation ist die Schonung der Nn. laryngei superiores (sensibler Nerv des Kehlkopfes!) Dieselbe ist nicht schwierig, wenn man sich genau an den unteren Zungenbein-Rand hält und die Nerven im lateralsten Theil der Mm. hyothyreoidei isolirt und nach aussen zieht.

4) Jeremitsch-Moskau: **Pharyngotomia suprahyoidea (proprie sic dicta.)**

Eine durch ein Conamen suicidii entstandene Querincision oberhalb des Zungenbeines ergab einen auffällig guten Einblick in den Pharynx. Die Pharyngotomia suprahyoidea unmittelbar am oberen Zungenbeinrand ist nach J. in allen denjenigen Fällen anzuwenden, in denen die Pharyngotomia subhyoidea indicirt ist (gut- und bösartige Neubildungen in der Gegend der Ligg. ary-epiglottica, der Epiglottis und der angrenzenden Theile, Fremdkörper.) Ausserdem ist sie anzuwenden bei Affectionen der Zungenbasis und bei Neubildungen im oberen hinteren Pharynxabschnitte.

5) Bittner: **Zur Radicaloperation der Inguinalhernien im Kindesalter.** (Aus der Bayer'schen Abtheilung in Prag.)

Bayer hat bei 38 Kindern im Ganzen 42 Inguinalhernien operirt. Von den Kindern standen 1 im Alter bis zu ½ Jahr, 3 von ½ bis zu 1 Jahr, 14 von 1—2 Jahren, 7 von 2—3 Jahren, die übrigen 12 von 3—10 Jahren. Die Radicaloperation ist angezeigt bei Hernien, die trotz Bruchband unaufhörlich wachsen oder durch Bruchband nicht zurückgehalten werden können oder grössere Beschwerden machen, ferner bei Hernien, deren Beseitigung aus socialen Gründen erwünscht ist, und schliesslich bei der Operation eingeklemmter Brüche.

Die Operation wurde nach der Czerny'schen Methode vorgenommen, und dabei die Bruchpforte durch die Canalnaht geschlossen. Der Verlauf war fast immer ein glatter. Von den Fällen, über welche später Mittheilungen erhalten werden konnten, ist nur einmal ein Recidiv beobachtet. Der letale Ausgang trat nach der Radicaloperation freier Hernien einmal ein — an Pneumonie und Tuberculose.

Die Arbeit enthält auch einen lehrreichen Beitrag zur Aetiologie und Anatomie der kindlichen Hernien.

6) Henle-Breslau: **Ueber Desinfection frischer Wunden.**

Siehe diese Wochenschrift 1894, S. 363.

7) Henle: **Ueber den Echinococcus der Schilddrüse.** (Aus der chirurgischen Klinik zu Breslau.)

Bericht über einen von Mikulicz operirten Fall von Schild-

drüsenechinococcus. Aus der Literatur sind noch 17 Fälle zusammengestellt. Die Diagnose der Erkrankung ist schwierig, die Probepunction dürfte das beste Hilfsmittel sein. Bei der Therapie empfiehlt sich die Incision, Ausräumung der Blasen und Drainage. Die Enucleation bedingt leicht Nebenverletzungen (N. recurrens) und ist nicht sicherer wie die Incision.

8) Braem: **Beitrag zur Resection des Pharynx.** (Aus der chirurgischen Klinik zu Breslau.)

Verfasser hat zur Exstirpation eines Tonsillencarcinoms ein Verfahren angewendet, nach dem in einem 2. Falle auch Mikulicz operirt hat: Hautschnitt vom Proc. mastoideus nach abwärts bis zur Nähe des Zungenbeines, dann nach vorne umbiegend quer über die Regio submaxillaris und wieder aufwärts über die Mitte des horizontalen Kieferastes hinweg zum Mundwinkel, Ausräumung der Lymphdrüsen in der Submaxillargegend und an den grossen Halsgefässen, Durchsägung des Kiefers ober- oder unterhalb des Winkels und Resection des betreffenden Stückes. Exstirpation der Geschwulst soweit als möglich von aussen her. Jodoformgazetamponade. Beide Operationen nahmen einen günstigen Verlauf.

9) V. Hirsch: **Die Sterblichkeit bei 2658 in der kgl. chirurg. Klinik zu Berlin behandelten Fällen von Diphtherie.**

Die 2658 Fälle bilden das Material der letzten 10 Jahre. Gestorben sind 1396 oder 52,5 Proc. Die Durchschnittsmortalität hat mit der Zeit abgenommen, von 54,0 Proc. auf 49,6 Proc. Im ersten Lebensjahre beträgt die Mortalität 88,3, bei Erwachsenen 11,1 Proc.

Die Tracheotomie wurde 1654 mal gemacht mit 1135 Todesfällen, d. h. einer Sterblichkeit von 68,7 Proc. Von 407 Tracheotomirten aus den ersten 2 Lebensjahren wurden 25 geheilt.

Je später die Kinder in Behandlung kamen, um so schlechter die Prognose.

10) Lehmann-Dresden: **Eine zweizeitige Tracheotomie. — Zur Erleichterung der Intubation bei erschwertem Decanulement.**

Hinter dem viel versprechenden Titel versteckt sich nichts Neues. Eine zweizeitige Tracheotomia inferior wurde vorgenommen zur Erleichterung des Decanulements nach einer 3 Wochen vorher unzweckmässig (Einschneidung der Cart. thyreoidea!) ausgeführten superior. Die einzeitige Tracheotomie würde denselben Erfolg gehabt haben.

Die Erleichterung der Intubation geschah durch Verabreichung von Chloralklystieren (3,5 g in 54 Stunden).

11) Rosanoff: **Leistenbruch des schwangeren Uterus; natürliche Frühgeburt. Radicaloperation des Bruches. Genesung.** (Aus der Moskauer Klinik von Prof. v. Lewschin.)

Das Interessanteste an dem Falle war die Beobachtung der Geburtswehen: sehr rasch ablaufende vom Fundus ausgehende peristaltische Bewegungen des Uterus, Verkleinerung des Querdurchmessers und Verbreiterung des Uterus von hinten nach vorn.

12) Thilo-Riga: **Sohlenerhöhungen.**

T. empfiehlt an Stelle des hohen Absatzes Erhöhungen aus Stahldraht, der bogenförmig zwischen Absatz und Sohle ausgespannt und mit Blech und Leder überdeckt wird.

13) Thilo-Riga: **Rundstäbe als Corsetstützen.**

Die 3—4 mm dicken Rundstäbe aus Federdraht sind den allgemein gebräuchlichen Stützen aus Flachstahl vorzuziehen.

Krecke.

Centralblatt für Gynäkologie. 1895, No. 18.

1) E. Wertheim: **Zur Technik der vaginalen Fixation des Uterus.** (Aus der Frauenklinik von Prof. Schauta in Wien.)

W. berichtet über die Entwicklung und die Resultate der Vaginaefixatio uteri an der Klinik Schauta, wobei sich von selbst die Wandlungen in der Operationstechnik ergaben, wie sie aus den Publicationen der Berliner Gynäkologen, besonders Dührssen's, bekannt sind. Schliesslich gelangte man zu der von D. als vaginale Koeliotomie bezeichneten Methode, also: quere Eröffnung des vorderen Scheidengewölbes, Abdrängen der Blase, Tieferziehen bezw. Anteversion der vorderen Uteruswand und des Fundus durch Seidenzügel (der Gebrauch der Sonde wirkt nur störend, ebenso das Belassen der Kugelzangen, vielmehr ist die Portio nach hinten zu drängen), Eröffnung des Peritoneums in der Excavatio vesico-uterina. Durch die Seidenzügel lässt sich der Uterus nicht nur gut nach vorn bringen, sondern auch vor die Vulva und so wird seine hintere Fläche, vorhandene Verwachsungen, Veränderungen der hinteren Uteruswand und der Adnexe der Besichtigung und eventuellen Eingriffen (Durchtrennung der Verwachsungen, Enucleation kleiner Myome, Entfernung von Cysten etc.) gut zugänglich. Die Eröffnung der Excavation ist stets vorzunehmen; W. erlebte in einem Falle, in dem transperitoneal operirt worden war, Verletzung und Mitfassen des Darmes (mit nachfolgender vaginaler Kothfistel)! Das Punctum saliens der Operation ist das Annähen des Fundus; es empfiehlt sich, neben der vaginalen eine peritoneale Fixation auszuführen, in der Weise, dass die vordere Fläche des Fundus mit den Rändern der peritonealen Lücke mittelst feiner Nähte umsäumt wird (Catgut); darauf folgt die vaginale Fixation mit Seide.

In den nach dieser Methode operirten (16) Fällen sind bis jetzt Recidive fern geblieben. In drei Fällen ist Schwangerschaft eingetreten; es muss sich erst zeigen, ob nach Ablauf derselben die richtige Lage erhalten bleibt. Nach Art des Falles kann die Vaginaefixation mit Operationen an der Portio (dieselben sind vorher auszuführen) an der Scheide und am Damm combinirt werden müssen.

Nicht geeignet ist die Vaginaefixation in Fällen, in denen sehr ausgedehnte, feste Verwachsungen bestehen, welche die Aufrichtung des Uterus unmöglich machen.

Die Vaginaefixation wurde sodann auch in 7 Fällen von Prolaps, zusammen mit den nöthigen Scheiden-Dammoperationen gemacht; bis jetzt besteht keine Neigung zu Recidiven.

2) E. Slajmer-Laibach: **Zur extraperitonealen Behandlung spontaner penetrirender Uterusrupturen mit besonderer Berücksichtigung des alsbaldigen Abschlusses der Bauchhöhle.** Mit einem Nachwort von Valenta v. Marchthurn.

Drei Fälle. Der eine ist dadurch bemerkenswerth, dass ein Riss im unteren Uterinsegment und ein zweiter in der Scheide bestand, während dazwischen das Gewebe der Portio bezw. des äusseren Muttermundes intact war. In zwei Fällen wurde vor der weiteren Beschäftigung mit dem lacerirten Uterus ein Abschluss des Peritoneums dadurch bewerkstelligt, dass aus dem Peritoneum der hinteren (nicht verletzten) Uteruswand ein grosser Lappen gebildet wurde, der sodann mit den Stümpfen der unterbundenen Lig. lata und dem Peritoneum parietale vereinigt, einen völligen Abschluss der Bauchhöhle erzielte. Fall I genas, Fall II, der erst 54 Stunden nach Erfolgen der Ruptur zur Operation kam, starb. Die Methode kann natürlich nur bei mehr vorn oder seitlich sitzenden Rissen in Anwendung kommen. — In dem Nachwort bespricht Val. die Entstehung des Risses in dem erwähnten ersten Falle und die Berechtigung der Laparotomie.

Eisenhart-München.

Virchow's Archiv. Band 140, Heft 1 (ausgegeben am 2. April).

E. Becker: **Ueber Acetonurie nach der Narkose.**

E. Parlato: **Ueber eine neue Methode der quantitativen Acetonbestimmung im Harne.**

Bei der grössten Mehrzahl gesunder Menschen fand B. im Anschluss an die Narkose eine länger oder kürzer andauernde Acetonurie. Dauer und Art der Narkose, ob Aether, Bromäther, Chloroform, oder combinirte Narkose, war dabei von keinem Belang. Bei Kindern scheint die Acetonurie häufiger und stärker aufzutreten, als bei Erwachsenen. In der Regel dauerte die Aceton-Ausscheidung nur 3 bis 4 Tage, zog sich aber einige Male bis zum achten und neunten Tag hin. Eine schon bestehende Acetonurie wird durch die Narkose erheblich vermehrt.

Der zweite Theil von Parlato handelt über den Versuch einer quantitativen Aceton-Bestimmung mittels des Vaporimeters, wie er zur Alkoholbestimmung verwendet wird.

C. Eijkman: **Vergleichende Untersuchungen über die physicalische Wärmeregulirung bei den europäischen und malaiischen Tropenbewohnern.**

Aus einer grossen Reihe von Messungen an Europäern und Malaien wird der Schluss gezogen, dass die reichere Hautpigmentirung keinen überwiegenden, direkten Einfluss auf die Wärmeabgabe durch Strahlung und Leitung ausübt. Der Wärmeverlust ist beim Europäer durchschnittlich etwas grösser, als beim Malaien, was durch den Umstand erklärt wird, dass der Europäer mehr schwitzt und desshalb mehr Wärme durch Wasserverdunstung verliert. Dieses viele Schwitzen des Europäers ist in der feuchten Atmosphäre des Tropenklimas kein Vortheil, da ein Theil des Schweisses nicht verdunsten kann. Die Ansammlung von Feuchtigkeit auf der Haut und an den Kleidern ruft Hautkrankheiten hervor, von welchen der Eingeborene verschont bleibt. Der Werth des Pigmentes liegt darin, dass dasselbe die Lichtstrahlen absorbirt und dadurch die unten liegende Cutis vor der nachtheiligen Einwirkung des Lichtes bewahrt.

J. Althaus: **Die physiologische Bedeutung bulbärer Symptome in der Encephalasthenie.**

A. beabsichtigt, „klinische Gründe für die Ansicht beizubringen, dass es wirklich ganz definitive Centralorgane im verlängerten Mark gibt, welche ein bestimmtes anatomisches Substrat haben und physiologische Selbstständigkeit besitzen.“ Durch die Beschreibung der bei Asthenikern vorkommenden Störungen der verschiedenen angenommenen Centren — Herzcentrum, Athmungscentrum, vasomotorisches, Pupillencentrum, Niess- und Hustencentrum, Schweisscentrum, Speichelcentrum, Brech- und gastrointestinales Centrum, Nierencentrum — dürfte aber die Annahme des Bestehens eines anatomischen Substrates für dieselben kaum eine Stütze gewinnen.

R. Geigel: **Die akustische Leistung von Communicationsröhren und Stethoskopen.**

Die höchst lesenswerthen Erörterungen, welche ein eingehenderes Referat erforderten, als hier thunlich ist, gipfeln in dem vom Autor selbst gegebenen Resumé: „Die vorzügliche Wirkung der Communicationsröhren ist nur durch totale Reflexion der Schallwellen an der besser leitenden Wand zu erklären. Diese Wirkung kommt aber für die Leistung der Stethoskope für gewöhnlich gar nicht in Betracht, weil die Schallphänomene im Innern des Körpers so leis sind, dass sie schon beim ersten Uebergang in Luft an der Körperoberfläche bis zum Verschwinden abgeschwächt werden. Zu ihrer Fortleitung kommt nur die Leitung durch die festen Theile des Stethoskopes und des Ohrs in Betracht. In diesem Sinne ist also das Material die Hauptsache, Gummischläuche sind am schlechtesten. Hohlstethoskope sind vorzuziehen, weil bei ihnen die Wand besser schwingen kann, sie wirken nicht nur schallleitend, sondern auch schallverstärkend, die

Resonanz findet dabei aber nicht im Hohlraum, sondern nur in der Wand statt und kann vielleicht durch Gestalt des Rohres und der Platten günstig beeinflusst werden, in diesem Sinne ist also auch die Form nicht irrelevant. — Ob man sein Stethoskop mit Watte verschliesst oder nicht, ist gleichgültig. Beim gewöhnlichen Höract kommen die Schwingungen des Ohrknorpels und dessen direkte Fortleitung zum Rand des Trommelfells wesentlich mit in Betracht, beim Auscultiren ausschliesslich. Gute Adaption des Stethoskops an die Ohrmuschel ist von Wichtigkeit, namentlich muss der Tragus berührt werden oder ein Theil der Höhlung (Fossa conchae, äusserer Gehörgang). Druck mit dem Stethoskop auf die Unterlage schwächt den Schall und ist möglichst zu vermeiden."

B. Lewy: **Ueber die mittels Electrolyse aus todtem thierischem Gewebe darstellbaren Krystalle.**

Abscheidung von Tripelphosphatkrystallen an der Kathode.

H. Ucke: **Ein Beitrag zur Casuistik der Klappenanomalien der Aorta.**

Beobachtung von nur 2 Semilunarklappen an der Aorta.

F. Voit-München.

O. Busse-Greifswald: **Ueber Saccharomyces hominis.**

Unter dem Namen Saccharomycose beschreibt B. eine unter dem Bilde chronischer Pyämie verlaufende, durch eine pathogene Hefenart hervorgerufene Infectionskrankheit, bei der sich eiterige Zerstörungen der Haut, der Cornea, der Knochen, Lungen, Nieren und der Milz vorfinden.

Die Hefepilze liegen entweder in den Zellen als sog. „Zelleinschlüsse" oder ausserhalb derselben in den Spalten des Gewebes, theils nackt, theils von einem homogenen Saum wie von einer Kapsel umgeben.

Die meisten der Parasiten lassen innerhalb der Kapsel ein doppelt contourirtes Centrum mit einem oder mehreren glänzenden Körpern erkennen. Die Gestalt der Gebilde ist meist kreisrund; die Grösse schwankt zwischen der eines grossen Kernkörperchens und der einer Leberzelle.

Die Hefen lassen sich in Bouillon, auf Gelatine, Agar, Blutserum, Glycerinagar, Kartoffeln und saurem Pflaumendecoct züchten. Die Culturen auf den meisten Nährböden haben eine weisse Farbe, und wachsen bei Temperaturen zwischen 10—38° C.; im Pflaumendecoct und Traubenzuckerbouillon erzeugen sie heftige alkoholische Gährung.

Im Thierkörper erzeugen die Hefen eine locale, ev. zur Eiterung führende, aber allmählich verheilende Entzündung. Sie tödten weisse Mäuse, und sind dann in grosser Menge im Blut zu finden.

R. Seelig-Strassburg: **Pathologisch-anatomische Untersuchungen über die Ausbreitungswege des Uteruscarcinoms im Bereiche des Genitaltractus.**

Das Collumcarcinom durchsetzt in langen, soliden, communicirenden Zapfen die vaginale Mucosa der Portio. An den stets geschlängelt und mit Anschwellungen verlaufenden Zapfen lässt sich eine Endothellamelle erst an der Grenze gegen das normale Gewebe hin nachweisen. Diese letzten Ausläufer des Carcinoms bewegen sich in Lymphbahnen vorwärts, welche sie meist vollständig thrombosiren.

Die Wandung der Blutcapillaren bietet den sie umzingelnden Tumormassen relativ lange Widerstand. Perivasculäres Wachsthum des Carcinoms trifft man häufig in den oberflächlich gebliebenen Neubildungen.

In der Cervixschleimhaut wird entweder die Drüsenwand durch Einbrechen eines Carcinomzapfens zerstört, oder das Lumen der Drüse durch den Druck verengt, bzw. zum Verschwinden gebracht, ohne dass das Epithel afficirt wird.

Die Vagina war in 9 Fällen von Portiocarcinom 8 mal zuerst in den tieferen Schichten, in der Submucosa, der Muscularis und im paravaginalen Gewebe ergriffen. Die Hauptstrassen der Neubildung waren Lymphcapillaren, in letzterem sogar grosse Lymphgefässe und grosse Venen.

Unter den Muskelschichten des Collum scheint das Carcinom eine Vorliebe für die Lymphgefässe der Längsmusculatur zu haben.

Die mikroskopisch oft sehr frühzeitig wahrnehmbare Ausbreitung ins Parametrium erfolgt entweder auf den Lymphbahnen, oder vielleicht durch „Implantation" bei der Operation. Eine metastatische Ausbreitungsweise des Carcinoms im Uterus konnte S. nicht nachweisen.

Das Collumcarcinom zeigt eine zum Portiocarcinom in umgekehrtem Verhältniss stehende Wachsthumsenergie; zuerst wird die Schleimhaut, dann die innere und dann die mittlere Muskelschicht befallen.

G. Bohnstedt-Marburg: **Beitrag zur Casuistik der Spina bifida occulta.**

Bei der Section eines an Cysto-Pyelo-Nephritis verstorbenen 20jährigen Mannes fand sich der Sacralcanal nach hinten nur durch eine fibröse Schicht abgeschlossen. Das Rückenmark ist um die Höhe von 5 Wirbeln verlängert; es wird in seinem unteren Ende hinten und zu beiden Seiten von einer aus Muskel-, Binde- und Fettgewebe bestehenden und mit den äusseren Bedeckungen zusammenhängenden Scheide umfasst.

Die Verlängerung des Rückenmarks rührt wahrscheinlich davon her, dass in einem frühen Zeitpunkte der Entwickelung, spätestens in der dritten Woche des Fötallebens das Rückenmark durch Verwachsung seines unteren Endes an dem normalen Heraufsteigen in den Lumbaltheil verhindert und dadurch gedehnt wurde.

Eine nach unten zunehmende Degeneration der Goll'schen Stränge hat ihren Grund in einer Schädigung der in den Spinalganglien liegenden nutritiven Centren derselben.

Bei Erklärung der Entstehungsweise dieser Sp. bif. sacr. hält sich B. an die Theorieen Recklinghausen's.

J. Justus-Budapest: **Ueber die durch Syphilis bedingten Blutveränderungen in Hinsicht ihrer diagnostischen und therapeutischen Bedeutung.**

Die nicht behandelte Syphilis vermindert den Hämoglobingehalt des Blutes mehr oder weniger; diese Verminderung verschwindet wieder langsam mit dem spontanen Rückgang der Symptome. Wird dem inficirten Organismus auf einmal eine grössere Quantität Hg einverleibt, so zeigt der Hb-Gehalt des Blutes ein bedeutendes plötzliches Absinken. Dieser Abfall wird nach einiger Zeit wieder ausgeglichen und bei Fortsetzung der Hg-Cur wächst der Hb-Gehalt stetig, bis er sogar höher ist als vor der Behandlung.

Die Entwickelung und Rückbildung der syphilitischen Veränderung des Blutes, d. h. des Hb-Gehaltes geht derjenigen anderer Organe voraus.

Der positive Ausfall dieser Reaction des Hb-Gehaltes spricht für Lues, der negative Ausfall lässt jedoch Lues nicht ausschliessen.

Hohenemser-Hamburg: **Ueber das Vorkommen von elastischen Fasern bei cirrhotischen Processen der Leber und Niere.**

H. fand elastische Fasern entweder nur in unmittelbarer Nähe der Gefässe oder in gleicher Stärke wie das übrige Bindegewebe oder als ausschliesslichen Bestandtheil des neugebildeten Bindegewebes. Im Allgemeinen steht die Menge des elastischen Gewebes im direkten Verhältniss zur Volumenabnahme des betreffenden Organs. Die elastischen Fasern können durch Umbildungsprocesse in Folge von mechanischen Einflüssen direkt aus Bindegewebe hervorgehen.

H. Ucke-Warschau: **Ein Beitrag zur Casuistik der Klappenanomalien der Aorta.**

Aorta mit nur 2 Klappen; im Sinus der einen entspringen beide Coronararterien; Noduli Arantii fehlen; in der Anlage wahrscheinlich 4 Klappen vorhanden, von denen je 2 dann verschmolzen.

R. Hecker-München.

Berliner klinische Wochenschrift. 1895, No. 18.

1) Dinkler: **Ueber die Wirkung und Verwendbarkeit der von Baccelli empfohlenen intravenösen Sublimatinjectionen.** (Aus der medic. Klinik zu Heidelberg.)

Fortsetzung in nächster Nr.

2) A. Baginsky: **Noch einige Bemerkungen zur Frage der Kuhmilchnahrung und Milchsterilisirung.**

Erwiderung an Bendix, siehe diese Wochenschrift 1895, S. 429.

3) Silex: **Ueber Retinitis albuminurica gravidarum.**

Siehe diese Wochenschrift 1895, S. 106.

4) Fürst-Berlin: **Infantiler Scorbut oder hämorrhagische Rhachitis?**

F. führt den Beweis, dass die Barlow'sche Krankheit der Kinder (schmerzhafte Schwellung der Extremitäten, hämorrhagische Lockerung des Zahnfleisches, leichtes Fieber, Anämie und Kachexie) mit dem Scorbut nichts zu thun hat. Zweifellos aber steht sie im Zusammenhang mit der Rhachitis, denn alle von der Barlow'schen Krankheit befallenen Kinder zeigen zugleich Symptome von Rhachitis.

5) Pavlowsky-Petersburg: **Beitrag zum Studium der Symptomatologie der Neubildungen des Herzens. Polypöse Neubildungen des linken Vorhofes.**

Fortsetzung in nächster Nr.

6) Waldstein-New-York: **Beobachtungen an Leukocyten, sowie über einige therapeutische Versuche mit Pilocarpin bei der (Diphtherie?) Streptococcen-Angina, Lymphdrüsenerkrankungen und Lupus.**

Tritt bei der Diphtherie nach der Seruminjection Besserung ein, so fällt die Zahl der bis dahin stark vermehrten multinucleären Blutzellen zur Norm ab, während die uninucleären steigen. Bei den Fällen, die sich nicht bessern, fehlt der Abfall der multinucleären Körperchen.

Verf. hält die Function der lymphatischen Apparate für sehr wichtig bei der Heilung der Infectionskrankheiten und hat nach Mitteln gesucht, um reizend auf diese Apparate einzuwirken. Bewährt hat sich ihm zu diesem Zwecke das Pilocarpin, und er empfiehlt dasselbe in Dosen von 1½ mg bei Lungenphthise, bei Lupus und bei Diphtherie, wenn es sich gleichzeitig um Streptococceninvasion handelt.

Kr.

Deutsche medicinische Wochenschrift. 1895, No. 18 u. 19.

No. 18. 1) S. Samuel-Königsberg: **Von der Kuhpockenimpfung bis zur Blutserumtherapie.**

Kommt nach Abschluss der Arbeit zum Referat.

2) M. Mendelsohn: **Die Verschiedenheit des Problems der Harnsäureauflösung bei gichtischen Ablagerungen und bei Concretionen in den Harnwegen.** (Aus dem pharmakologischen Institut der Universität Berlin.)

S. diese Wochenschrift 1895, p. 296 (Verein für innere Medicin, Berlin).

3) Th. Kocher: **Methode und Erfolge der Magenresection wegen Carcinom.** (Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Bern.) Schluss aus No. 17.

Die Gastroduodenostomie hat vor der typischen Pylorusresection und Gastroentero- bezw. Gastrojejunostomie vor allem den Vortheil einer mehr gesicherten Naht voraus; sie passt sich aber auch vorzüglich den anatomischen Verhältnissen an. Nach Kocher's Erfahrungen greift die Neubildung nie auf das Duodenum über, schneidet vielmehr hier scharf ab. Dies ist Vorbedingung für die Ausführung der Operation, welche im Wesentlichen in Resection des carcinomatös degenerirten Pylorus mit Nahtverschluss des Magens, sodann in einer Einpflanzung des Duodenums in die hintere, untere Magenwand nahe der Resectionsstelle besteht. An der Hand einer Anzahl zum Theil auch mit sehr gutem Dauererfolg operirten Fälle widerlegt K. die gegen die Methode erhobenen Bedenken und gibt einige Winke für die Vor- und Nachbehandlung sowie für die Operation.

4) H. C. Plaut-Leipzig: **Werth des Ausstrichpräparates bei der Diagnose der Diphtherie.**

Die an sich freilich unsichere, dafür aber leicht ausführbare und rasch orientirende Methode der Untersuchung des einfachen Ausstrichpräparates wird letzter Zeit mit Unrecht vernachlässigt; um so mehr, als die Untersuchung durch Cultur und Impfung durch mancherlei theils bekannte oder eruirbare, theils unbekannte Momente zu Fehldiagnosen führen kann, wofür V. einige Beispiele anführt.

No. 19. 1) W. Filehne: **Beiträge zur Lehre von der acuten und chronischen Kupfervergiftung.** (Aus dem pharmakologischen Institut der Universität Breslau.)

F. untersuchte an Thieren die toxische Bedeutung des weinsauren Kupferkalium und Kupfernatrium; dasselbe entsteht, wenn Traubensaft, Most, Wein mit Kupfer (Messing) oder Kupfersalzen in Berührung kommt; ausserdem ist die sogenannte Kupferung der Trauben (Besprengung des Weinstockes mit kupferhaltender Flüssigkeit als wachsthumbeförderndes und antiparasitäres Mittel) zu berücksichtigen. F. kommt zu dem Schlusse, dass das Kupferkaliumtartrat, in noch nicht Erbrechen erregender Gabe, aber lange Zeit per os eingeführt, von gesundheitschädlicher Wirkung ist. Es sind desshalb Weine vor nachträglicher Berührung mit Kupfer (Messing) zu bewahren. Das sogenannte maskirte Kupfer (durch Zusatz von HCl und H_2S nicht nachweisbar) ist unbedenklich; ebenso die Kupferbehandlung des Weinstockes, wenn die Trauben vor der Kelterung von mechanisch anhaftendem Kupfersalzüberzuge gereinigt werden.

2) Ad. Schmidt: **Ein Fall von Magenschleimhautatrophie nebst Bemerkungen über die sogenannte „schleimige Degeneration der Drüsenzellen des Magens“.** (Aus der medicinischen Universitäts-Klinik in Bonn.

Ausführliche Mittheilung der Krankheitsgeschichte und des Sectionsbefundes eines Falles von Atrophie der Magenschleimhaut. Dieselbe war im Anschluss an acute Gastritis entstanden, durch völliges Versiegen der peptischen Functionen des Magens, heftige periodische Schmerzanfälle mit beständigem Erbrechen sowie schwerer Ernährungsstörung (Kachexie) ausgezeichnet und führte in verhältnissmässig kurzer Zeit unter Hinzutritt secundärer Phthise zum Tode. Die Musculatur des Magens zeigte sich intact; dementsprechend war intra vitam (vom Erbrechen abgesehen) eine Störung der motorischen Thätigkeit nicht beobachtet worden. Auch in der Darmschleimhaut zeigten sich einzelne atrophische Stellen. Die Entstehung der Atrophie der Magenschleimhaut kann zurückgeführt werden auf eine chronische interstitielle Gastritis oder auf eine primäre Degeneration der Drüsenzellen (parenchymatöse Gastritis). Die histologische Untersuchung des Magens zeigte ferner, dass die sogenannte schleimige Degeneration der Drüsenzellen als Vorläuferstadium atrophischer Processe einer irrigen Deutung von gewissen auch normaler Weise im Magen vorkommenden Epithelschläuchen mit eigenthümlichen Zellen ihre Entstehung verdankt. Dieselben bleiben vermöge besonderer Widerstandsfähigkeit erhalten in Mägen, deren Drüsenparenchym im Uebrigen bereits völlig oder zum Theil zerstört ist.

3) S. Kalischer: **Ein Fall von Tabes dorsalis mit Kiefernekrose.**

Erzählung des Falles unter Mittheilung einschlägiger Beobachtungen trophischer Kiefererkrankung, welche auf eine Betheiligung des N. trigeminus bezw. seiner Wurzeln und Kerne an dem tabischen Process zurückzuführen ist. Der Fall des V.'s ist ausserdem durch das Vorhandensein verschiedener Arten von Vaguskrisen, durch Gehörstörungen, Haarausfall und eigenthümliche Reflexsensationen ausgezeichnet.

4) S. Samuel (Königsberg i. Pr.): **Von der Kuhpockenimpfung bis zur Blutserumtherapie.** (Schluss aus Nr. 18).

V. bespricht die Entwickelung der Variolation und Vaccination, die nicht glückliche Idee der Syphilisation, die mitigirten Impfungen Pasteur's und die Arbeiten über die Entstehung und Bekämpfung der Infectionskrankheiten, welche sich an die Namen Lister, Koch, Löffler, Behring u. v. A. knüpfen. (Bei Besprechung der Theorie der Immunisirung wird die Erwähnung der Arbeiten Buchner's vermisst. Ref.)

5) Lenné: **Kurze Bemerkungen zu den „Mittheilungen über Diabetes mellitus“** von Dr. Teschenmacher. (S. d. Wochenschr. S. 430.)

L. weist darauf hin, dass in nicht seltenen Fällen das Kniephänomen auch bei jüngeren diabetischen Individuen vermisst wird und das Fehlen desselben, bei Mangel einer anderen Ursache für diese Erscheinung, auf eine schwere Form der Erkrankung hindeutet.

Eisenhart-München.

Vereins- und Congressberichte.

XXIV. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie

zu Berlin vom 17.—20. April 1895.

(Originalbericht von Dr. Hoffa-Würzburg.)

IV.

(Schluss.)

Aus der Fülle des gebotenen Materiales heben wir noch folgende Vorträge kurz hervor:

Herr **Rydygier**-Krakau: **Zur Behandlung der Darminvaginationen.**

Rydygier hat die in der Litteratur niedergelegten Fälle von Darminvaginationen zusammengestellt und eine weitere Anzahl von Fällen durch Umfrage bei den verschiedenen Chirurgen erhalten. So hat er ein grosses Material beisammen und zieht nun aus demselben die Schlussfolgerungen für unser therapeutisches Vorgehen. Da ist zunächst zu betonen, dass die relativ hohe Mortalitätsziffer von 75% nur dadurch gebessert werden kann, dass die Patienten nicht, wie das bisher stets der Fall war, zu spät operirt werden. Bei acuter Darminvagination ist die Mortalität grösser als wie bei chronischer. Man soll in jedem Falle von acuter oder chronischer Invagination operativ vorgehen, wenn die üblichen internen Hülfsmittel nicht sofort erfolgreich sind. Was die Art des Eingriffes betrifft, so ist die Desinvagination immer dann angezeigt, wenn sie ohne Schwierigkeit auszuführen ist. Unter 24 Fällen acuter Invagination wurde sie 24 mal ausgeführt, 8 mal mit Erfolg; bei chronischer Invagination gelang sie ebenso mehrere Male, einige Male sogar bei monatelangem Bestand der Invagination. Ist die Desinvagination unmöglich, so ist die Resection indicirt. Unter 12 Resectionen bei acuter Invagination befinden sich 3 Heilungen durch die Operation. Bei chronischer Invagination ist der Erfolg noch besser.

Herr **Krause**-Altona: **Ergebnisse der intracraniellen Trigeminus-Resection.**

Krause hat seine bekannte Operationsmethode, den Trigeminus bei schwersten Neuralgien als ultimum refugium intracraniell aufzusuchen und zu reseciren, bisher 8 mal, 7 mal mit Erfolg, ausgeführt. Die Operationstechnik wird erläutert, geheilte Fälle werden vorgestellt. Physiologisch ist interessant, dass Krause Störungen an den Augen nicht beobachtet hat; er hat sich dagegen davon überzeugt, dass der Trigeminus der Geschmacksnerv für die Spitze und die Seitenwände der Zunge ist. (Ein ausführlicheres Autorreferat über diesen Vortrag folgt.)

Herr v. Beck-Heidelberg und König-Göttingen heben die Schwierigkeit der Operation hervor; namentlich gelingt die Blutstillung aus der Art. meningea nur schwer oder gar nicht.

Herr **Geissler**-Berlin: **Gelungene Carcinomübertragung beim Hunde.**

Der Vortragende demonstrirt einen Hund, der nach Implantation von Carcinomgewebe in das Scrotum und die seitliche Bauchwand einer allgemeinen, von der Implantationsstelle ausgehenden Carcinose erlag. Von dem neuentstandenen Carcinomgewebe wurde wiederum ein Stückchen einem anderen Hunde eingeimpft und es entwickelte sich von diesem letzteren aus wiederum ein neuer Tumor. Die Thatsache, dass in diesem Falle ein maligner Tumor mit Erfolg von einem Thier auf ein anderes Thier derselben Species übertragen worden ist, ist zweifellos. Zweifelhaft ist es aber, ob der maligne Tumor wirklich ein Carcinom ist. Hansemann-Berlin und O. Israel-Berlin, zwei competente pathologische Anatomen, halten nach den mikroskopischen Präparaten die Diagnose Carcinom für unwahrscheinlich.

Herr **König**-Göttingen: **Kritik unserer therapeutischen Bestrebungen bei der Tuberculose des Kniegelenkes, auf**

Grund der pathologischen Anatomie des Gelenkes und der statistischen Erhebungen aus der Göttinger Klinik.

König gibt zunächst einen Ueberblick über die pathologische Anatomie der Kniegelenkstuberculose. Seine diesbezüglichen Ansichten sind den Lesern dieser Wochenschrift schon aus unserem Referat des letzten internationalen Congresses in Rom bekannt, bei welchem er seine Präparate zum ersten Male demonstrirte. König verfügt über das enorme Material von 620 Kniegelenkstuberculosen, über die er Nachricht erhalten hat. 65 Proc. derselben sind gestorben, davon 81 Proc. an Tuberculose. Von 732 überhaupt behandelten Fällen wurden 191 conservativ behandelt; 150 arthrektomirt, 300 resecirt, 91 amputirt. Die einzelnen Kategorien werden ausführlich beleuchtet. Ein durch Resection gut geheiltes Bein ist wohl im Allgemeinen später am brauchbarsten. Interessant ist die Thatsache, dass hochgradige Verkürzungen und Flexionsstellungen des Gelenkes sich auch nach einfachen Arthrektomien entwickeln. Interessant ist es ferner, dass die Hueter'schen Carbolsäureinjectionen bessere Resultate ergeben haben als die Jodoforminjectionen.

Herr **Czerny**-Heidelberg: **Zur Behandlung der chronischen Entzündung des Wurmfortsatzes.**

Czerny erörtert zunächst die prädisponirenden Ursachen der Appendicitis und bespricht sodann die Rolle der Bakterien bei dieser Erkrankung. In der Regel treten sie erst secundär in die Erscheinung, nachdem der Wurmfortsatz primär durch irgend einen, meist mechanischen Reiz vorbereitet worden ist. Bacterium coli commune in erster Linie, dann aber auch Tuberkelbacillen, gelegentlich wohl auch Actinomyces und Typhusbacillen kommen hier in Betracht. Die Perityphlitis stellt sich erst als Folge der Entzündung des Appendix selbst ein. 90 Proc. der Perityphlitiden gehen von einer primären „Appendicitis“ aus. Was nun die Operation des Leidens betrifft, so ist dieselbe in letzteren Fällen stets zu machen. Bei Vorhandensein von Eiter muss dieser entleert werden und das könne jeder praktische Arzt machen. Wirkliche Spontanheilungen sind sehr selten. Es bleibt meist eine sogenannte „Postappendicitis“ zurück, einhergehend mit Stuhlträgheit, Verdauungsstörungen, zeitweisen heftigen Schmerzen. In diesen Fällen bestehen meist erhebliche Verwachsungen, welche die Operation sehr erschweren. Die Operationsresultate sind im Allgemeinen recht gute. Der gleichen Ansicht wie Czerny sind auf Grund ihrer meist recht ausgiebigen Erfahrungen Kümmell-Hamburg, Rosenberger-Würzburg und Schuchard-Stettin.

Krönlein macht auf das Zurückbleiben von Kothfisteln aufmerksam; es hatte sich aber in den von ihm beobachteten Fällen wahrscheinlich nicht um Perityphlitis, sondern um Defecte im Colon gehandelt. Körte, Israel und Rotter — alle in Berlin — bestätigen diese Ansicht.

Herr **Rydygier**-Krakau hat einen Fall von **Wandermilz** erfolgreich conservativ so behandelt, dass er dieselbe in eine Peritonealtasche einbrachte und die Nähte dann so anlegte, dass dieselben vorzugsweise die Milzligamente fassten.

Herr **Wölffler**-Prag spricht im Anschluss an einen von ihm beobachteten Fall über **abnorme Ausmündungen der Ureteren.**

Herr **Trendelenburg**-Bonn: **Ueber Operationen an der Blase.**

Trendelenburg hat in zwei Fällen, in denen sich am Orificium internum urethrae klappenartige angeborene Schleimhautfalten vorfanden, welche im Laufe der Jahre starke Harnbeschwerden und Cystitis, ähnlich wie bei Prostatahypertrophie, hervorriefen, die Sectio alta gemacht, die Klappen der Länge nach gespalten und der Quere nach vernäht. Die Resultate waren sehr gut.

Trendelenburg berichtet ausserdem noch über einen Fall von Urogenitaltuberculose, bei dem er successive die Urethra, die ganze Blase und die linke Niere exstirpirt und den rechten Ureter in die Flexura sigmoidea implantirt hat. Die Kranke lebt seitdem schon 6 Monate, ohne grosse Beschwerden zu haben.

Herr **Rehn**-Frankfurt a. M.: **Ueber Blasentumoren bei Fuchsinarbeitern.** Rehn hat 3 Fälle beobachtet, Arbeiter aus den Höchster Farbwerken, bei denen sich in Folge ihrer Beschäftigung mit Anilinfarbstoffen Blasentumoren gebildet hatten. Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass es sich um eine Anilinvergiftung, also um eine eigenthümliche Gewerbskrankheit handelt. Bei länger dauernder Beschäftigung mit Fuchsin leidet zunächst das Allgemeinbefinden der Arbeiter. Es stellen sich Zittern, Mattigkeit, Schwindel und Blaufärbung der Haut ein. Nach einiger Zeit entwickeln sich dann Harnbeschwerden, namentlich Schmerzen beim Wasserlassen und Haematurie. Diese letzteren Erscheinungen hängen mit der Bildung von Blasentumoren zusammen, die sich in der Regel um die Einmündungsstelle des Ureters entwickeln. Rehn hat, wie gesagt, mehrere derartige Fälle operirt. Interessant war die Demonstration eines der gewonnenen Präparate, das schon makroskopisch eine deutliche Schwarzfärbung durch den Anilinfarbstoff zeigte. Die Geschwülste selbst sind ihrer histologischen Beschaffenheit nach Papillome oder Sarkome. Sie entstehen durch den directen Reiz des ausgeschiedenen Farbstoffes, sind Analoga der Hodenkrebse, wie man sie bei Schornsteinfegern und Paraffinarbeitern findet, oder der Lungensarkome der Bergarbeiter.

Herr **Carl Lauenstein**-Hamburg. **Zur Frage der Catgut-Eiterung.**

Die klinische Beobachtung hat es vielfältig erwiesen, dass in dem käuflichen sogenannten sterilen Catgut entwicklungsfähige Mikroorganismen vorhanden sind, welche zur Wundeiterung Veranlassung geben. Lauenstein hat als solche Mikroorganismen namentlich den Bacillus subtilis, Staphylococcen und Micrococcus tetragenus gefunden. Unter 149 Proben des sogenannten trockenen sterilen Catguts hat Redner 35 mal die Keime gefunden. Im Catgut, das durch Hitze sterilisirt worden war, 29 mal.

Kocher-Bern erwähnt seine diesbezüglichen Erfahrungen bei seinen Kropfoperationen. Bei Catgutnaht hat er in 35%, bei Naht mit sterilisirter Seide in 85% prima intentio erzielt. Er stellt den Antrag, die Frage der Catgut-Eiterung auf Grund einer Sammelforschung auf dem nächsten Congress zu verhandeln. Der Antrag wird angenommen.

Herr **O. v. Büngner**-Marburg: **Ueber die Einheilung von Fremdkörpern unter der Einwirkung chemischer und mikroparasitärer Schädlichkeiten. Ein Beitrag zur Entzündungslehre.**

v. B. hat in die Bauchhöhle von Meerschweinchen Schwammstückchen und Stückchen von in Alkohol gehärteten und mit blau gefärbter Gelatine injicirter menschlicher Lunge, welche mit Terpentin, Jodoform und mit Culturen von Staphylococcus pyog. aur. imprägnirt waren, implantirt. Er berichtet über die makroskopischen und mikroskopischen Untersuchungen der 7 Stunden bis 7 Tage nach der Implantation gewonnenen Präparate und berichtet sehr interessante Beobachtungen über die Antheilnahme der verschiedenen Gewebstheile an den Entzündungsvorgängen und über das verschiedene Verhalten der als Schädlichkeiten verwendeten Objecte. Eine ausführliche Mittheilung wird demnächst in Ziegler's „Beiträge zur pathologischen Anatomie und allgemeinen Pathologie“ erscheinen.

Herr **Reichel**-Würzburg: **Zur Nachbehandlung nach Laparotomien.**

Vortragender stellt folgende 2 Fragen zur allgemeinen Discussion: 1) Unter welchen Umständen ist nach Laparotomien eine Opiumtherapie am Platze. 2) Welche Indicationen erfordern ein Wiedereröffnen der Bauchhöhle. Herr R. betont, dass nach einer Laparotomie mit normalem Verlauf eine Indication für Opiumdarreichung nicht vorhanden sei, da die Peristaltik des Darmes die Resorptionsfähigkeit des Peritoneums auch etwa in die Bauchhöhle gelangten Keimen gegenüber erhöhe. Auch desshalb ist Opium contraindicirt, weil dasselbe häufig die ersten Symptome eines sich entwickelnden Darmverschlusses verdeckt und so oft die günstigste Zeit zu einem Eingriff versäumen lässt.

Bei acut auftretendem Ileus nach Laparotomien ist einzig die frühe Operation indicirt. Bei langsam entstehenden Stö-

rungen der Kothpassage hingegen, welche meist durch Adhäsionen mit einem entzündlichen Exsudat zusammen hervorgerufen werden, beseitigen wiederholte Magenausspülungen mit Opiumdarreichungen häufig die drohenden Erscheinungen. Abführmittel sind contraindicirt. Führt die Opiumtherapie in 24—48 Stunden nicht zum Ziele, so ist zur Operation zu schreiten. Ausser bei acut einsetzendem Ileus ist die Eröffnung der Bauchhöhle indicirt bei sichern Zeichen von starker Nachblutung, — sowie bei später, plötzlicher, acuter Darmocclusion (10—14 Tage nach der Operation) bei bisher völlig fieberfreiem Verlauf, da es sich dann fast ausnahmslos um rein mechanischen Verschluss handelt.

In allen Fällen peritonealer Infection ist zunächst eine energische Opiumbehandlung zu versuchen, um womöglich den Herd zu localisiren. Kommt es zu localer Abscessbildung oder zu der progredient eitrigen Form der Peritonitis, so muss laparotomirt werden. Bei allgemeiner Peritonitis ist jede Operation aussichtslos, bei peritonealer septischer Allgemeininfection ohne Exsudatbildung und bei jauchiger Peritonitis contraindicirt. In Bezug auf die Technik einer secundären Laparotomie weist er darauf hin, dass der Lösung ausgedehnter Adhäsionen manchmal die Enteroanastomose vorzuziehen sei, sowie dass die gelösten Schlingen nicht ohne Weiteres oder nach Desinfection zu reponiren seien. Man solle die zurückbleibende Wundfläche vielmehr mit Jodoformgaze bedecken und diese aus der Wunde herausleiten.

Herr **Landau**-Berlin: **Ueber vaginale Hysterektomie.**

Der grösste Fortschritt, den die von Czerny eingeführte vaginale Hysterektomie gemacht hat, ist die von Péan eingeführte Klemmmethode als Blutstillungsmittel und die Zerstückelung der Geschwülste. Landau hat diese Péan'sche Methode adoptirt und nach vielen Richtungen ausgebildet. Die Einzelmanöver seines Verfahrens zielen in erster Linie auf die Freilegung aller zu entfernenden Theile und die Stielung derselben hin. Die Klemmen stillen die Blutung prompt und kürzen so die Operationsdauer, ausserdem sind sie wirksame Drains; sie geben ferner eine gute Handhabe ab für die Besichtigung und Revision der Stiele. Das neue Landau'sche Verfahren gestattet nicht nur die Exstirpation des Uterus (Castratio uterina Péan's und Segond's), sondern gestattet eine völlig vaginale Radicaloperation d. h. Ausrottung des Uterus sammt den erkrankten Adnexen (complicirter Beckenabscess, Pyosalpinx duplex etc.). Dasselbe Princip d. h. Freilegung aller zu entfernenden Theile, Stielung derselben und Blutstillung mittelst der Klemmen hat Landau auf die abdominalen und combinirten Operationen am Uterus und dessen Anhängen ausgedehnt. Im Einzelnen ist hier für abdominale Myomohysterektomie hervorzuheben die Sectio mediana posterior, wobei nach Eröffnung der Uterushöhle die Enucleation der intramural oder selbst intraligamentär gelegenen Geschwülste und Verkleinerung des Stumpfes für die vaginalen Operationen in leichter Weise erfolgt. Seit 1886 hat Landau bei 264 Frauen die Hysterektomie nur per vaginam ausgeführt: Bei 110 Frauen Carcinoma und Sarcoma uteri mit 8 Todesfällen, bei 47 Frauen Myome, darunter über die Hälfte bis etwa zur Nabelhöhe reichend, mit 3 Todesfällen, bei 2 Frauen acut septische Erkrankung mit Abscessbildung post abortum und post partum mit 1 Todesfall, bei 105 Frauen complicirte Beckenabscesse mit Pyosalpinx duplex (ca. 70mal), mit doppelseitiger Pyosalpinx etc. mit keinem Todesfall.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 8. Mai 1895.

Herr **Plehn: Ueber das Schwarzwasser-Fieber an der afrikanischen Westküste.**

Als Regierungsarzt in Kamerun, sowie schon früher auf Reisen in den Tropen hatte Vortragender Gelegenheit, das Schwarzwasserfieber zu studiren. Dasselbe findet sich in Italien, Griechenland, Amerika, an den flachen Küsten Afrikas u. s. w. An der Ostküste Afrikas breitet es sich mehr und mehr aus; es tritt nicht selten epidemisch auf.

Das Wesen der Krankheit besteht in einer mit Hämaturie (hinc nomen) einhergehenden schweren Malaria. Demgemäss spielen klimatologische Verhältnisse eine grosse Rolle, aber auch die individuelle Disposition und äussere Gelegenheitsursachen, wie Erkältungen, starke körperliche Anstrengungen oder psychische Erregungen, kommen in Betracht. Die Neger sind sehr viel weniger empfänglich als die Weissen. Einmaliges Ueberstehen der Krankheit erhöht die Disposition.

Meist ist schon eine Malaria vorangegangen, ehe das Individuum an Schwarzwasserfieber erkrankt, doch kommen auch primäre Erkrankungen vor.

Der Anfall beginnt meist mit Schüttelfrost, Uebelkeit, Erbrechen, Oppression, Athemnoth; letztere ist als Folge des Zerfalls der rothen Blutkörperchen aufzufassen. Herpes labialis hat er nicht gesehen; dagegen findet sich Ikterus, der rasch zunimmt und grosse Intensität erlangt. Excessive Temperaturen sind selten und das Fieber zeigt einen unregelmässig intermittirenden Verlauf. An den inneren Organen findet sich leichte Bronchitis, unreine Herztöne, Empfindlichkeit des Abdomens und der Leber. Die Milz fand er nur in etwa der Hälfte der Fälle vergrössert. Zuweilen bestehen profuse Diarrhoen und Erbrechen, und dann ist auch das Blut eingedickt und die Zahl der Blutkörperchen relativ nicht vermindert, während dies sonst der Fall ist. Es finden sich Mikro- und Makrocyten und kernhaltige rothe Blutkörperchen. Die Zahl der weissen ist nicht wesentlich verändert.

Der Urin ist dunkel, bis schwarz, von verschiedener Reaction, meist spärlich; oft werden nur einige Tropfen unter brennendem Schmerz entleert, zuweilen besteht völlige Anurie. Im Sediment finden sich Cylinder, Epithelien, Pigment, keine rothen Blutkörperchen, kein Gallenfarbstoff oder -Säuren. Die Anurie führt zuweilen zur Urämie, wird jedoch auch Tage lang verhältnissmässig gut ertragen. Die Urämie, Herzthromben und Embolie und Herzschwäche sind die gewöhnlichen Todesursachen.

Die Aetiologie des Schwarzwasserfiebers aufzudecken, wollte Vortragendem lange nicht glücken; doch gelang es ihm späterhin, Plasmodien in den rothen Blutkörperchen aufzufinden, welche sich jedoch entgegen den Formen der europäischen Malaria gegen Methylenblau fast völlig refractär verhielten und daher im Trockenpräparat viel weniger sicher aufzufinden sind als im frischen Blutstropfen.

Vortragender demonstrirt Präparate von solchen Plasmodien.

Interessant und von grösster praktischer Wichtigkeit ist nun, dass **Chinin** eine einfache Malaria in Schwarzwasserfieber umwandeln kann, dass das Chinin also eine Zerstörung der rothen Blutkörperchen herbeizuführen im Stande ist, was Vortragender an einer Anzahl von Krankengeschichten darzuthun sucht. Vortragender will sich jedoch nicht durchaus gegen das Chinin, sondern nur gegen die schablonenmässige Anwendung desselben aussprechen. Die Anfälle von Hämaturie heilen allerdings meist unter einer rein symptomatischen Therapie.

Discussion. Herr L. Friedländer kann aus seinen Erfahrungen im Congostaat im Wesentlichen die klinischen Beobachtungen Plehn's bestätigen. Nach Chinin sah er zwar nie Hämaturie entstehen, doch hält auch er dessen Werth in der Behandlung der ausgebrochenen tropischen Malaria für geringer als in der Prophylaxe derselben.

Verein für innere Medicin zu Berlin.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 6. Mai 1895.

Fortsetzung der Discussion über den Vortrag des Herrn **Hirschfeld: Ueber das Coma diabeticum.**

Herr Klemperer: In den letzten 8 Jahren wurden auf der Leyden'schen Klinik 21 Fälle von Coma diabet. beobachtet und hiebei besonders die Theorie von der Säurevergiftung berücksichtigt. Es wurden in der That immer sehr grosse Säuremengen nachgewiesen. Trotzdem glaubt er nicht, dass diese Säureanhäufung im Blute die Ursache des Koma sei. Wichtiger scheint ihm der hohe Eiweiss-

zerfall. Man findet auch bei anderen Krankheiten mit hohem Eiweisszerfall schliesslich Koma auftreten, ohne dass es zu Säureanhäufung im Organismus kommt. Die Zufuhr von Alkalien war ganz ohne Einfluss auf den Verlauf des Koma, doch ist sie sonst für die Therapie des Diabetes von einiger Bedeutung. Das Wesentlichste scheint ihm zu sein, dass man den Eiweisszerfall durch grosse Gaben von Fett möglichst lange hintanzuhalten sucht. Die Grenze wird aber bald erreicht, da die Resorption grosser Fettmengen in der Regel nicht sehr lange gut von statten geht und sich auch bei den meisten Patienten bald Widerwillen gegen grosse Quantitäten von Fett einzustellen pflegt.

Versuche mit einem der vielen neuen Zuckerarten haben bislang zu keinem Resultate geführt.

Herr Weintraud berichtet über einen in der Naunyn'schen Klinik über ein Jahr mit Eiweiss und Fett ohne Kohlehydrate behandelten Patienten mit schwerem Diabetes.

Herr Leyden weist auf die Mittheilungen Leube's hin, welche derselbe auf dem Congress für innere Medicin über die subcutane Application von Fett gemacht hat. Er steht auf dem Standpunkte, dass Diabetikern mässige Mengen von Kohlehydraten zu gewähren seien.

Herr Senator hat von Einfuhr von Alkalien auch keine Erfolge gesehen, dagegen von der Darreichung von Kohlehydraten und Abführmitteln.

Herr Hirschfeld glaubt, dass eine totale Entziehung von Kohlehydraten auf so lange Zeit, wie Weintraud anführte, doch eine schwere Beeinträchtigung des ganzen Lebensgenusses bedeute. Als beste Fette empfehlen sich Butter und Rahm. H. K.

Wiener Briefe.

(Originalbericht.)

Wien, 11. Mai 1895.

Aus der Wiener Aerztekammer. — Anklagen wegen eines Kunstfehlers. — Falsche Diagnosen und ihre Folgen. — Organisation des städtischen Sanitätsdienstes. — Schlecht bezahlte Amtsärzte. — Unsere Militärärzte.

Die Wiener Aerztekammer hat sich in ihrer jüngsten Sitzung mit einer in den ärztlichen und gesetzgebenden Kreisen oft ventilirten Frage beschäftigt. Es handelte sich um Anklagen gegen Aerzte wegen angeblicher Kunstfehler und man beschloss (nach einem vorzüglichen Referate des Dr. Heinrich Adler) an das österreichische Abgeordnetenhaus die Bitte zu stellen: „Dasselbe möge eine Novelle zur Strafprocess-Ordnung beschliessen, nach welcher in Zukunft Anklagen gegen einen Arzt wegen eines angeblich begangenen Kunstfehlers oder wegen eines angeblichen Missbrauches seiner besonderen Kenntnisse oder Fertigkeiten zur Begehung eines Verbrechens oder Vergehens nur auf Grund des Gutachtens einer Aerztekammer eventuell einer medicinischen Facultät erhoben werden dürfen.“ Selbst der tüchtigste und gewissenhafteste Arzt, lautet es in der besagten Petition, kann, auch wenn er an dem Verbrechen, dessen er geziehen wird, ganz unschuldig ist, in die unheilvollste Situation gerathen. Der Zeitraum, der zwischen der Erhebung der Anklage und dem eventuellen Freispruche liegt, kann vollkommen hinreichen, den Arzt wirthschaftlich zu ruiniren, seine Existenz zu zerstören. Der Arzt lebt vom Vertrauen seiner Clienten: wie leicht wird dieses durch eine Anklage wegen eines angeblichen Kunstfehlers erschüttert, ja vernichtet, und wie schwer ist es, sich dasselbe im Falle eines Freispruches wieder zu erringen. Semper aliquid haeret. Mögen auch bei den Vertretern anderer Berufsarten ähnliche Verhältnisse obwalten, — nirgend ist dies in so hohem Grade der Fall, wie beim ärztlichen Stande.

Der Zufall wollte es, dass in derselben jüngsten Kammersitzung ein Fall zur Sprache kam, der letzthin zur Verurtheilung eines Arztes zu einer Geldstrafe von 60 fl. geführt hatte. Man beauftragte zwei Kammerräthe mit dem Studium dieser Angelegenheit, die in der zweiten gerichtlichen Instanz wohl eine Remedur erfahren dürfte. Der Fall selbst ist sehr einfach. Ein Arzt wurde zu einem Arbeiter gerufen, der bewusstlos dalag. Er diagnosticirte, wohl mehr in Beachtung der begleitenden Umstände (es soll angeblich ein zweiter, im Zimmer befindlicher Arbeiter betrunken gewesen sein und ein Glas Wein stand noch auf einem Tische), als auf Grundlage exacter Untersuchung das Vorhandensein eines Rausches, verordnete kalte Ueberschläge auf den Kopf und Sodawasser als Getränke. Der Kranke wurde bald schlechter, man rief einen zweiten Arzt, welcher eine Apoplexie diagnosticirte, an welcher der Mann nach einigen Stunden verschied. Der erste Arzt wurde auf Grundlage des § 431 unseres Strafgesetzes zur besagten Geldstrafe verurtheilt, thatsächlich aber bloss desshalb, weil er eine falsche Diagnose gemacht hatte. Nun weiss Jedermann, dass derlei Fälle öfters zur Beobachtung gelangten. Ein Mann wird in einem Strassengraben bewusstlos aufgefunden und auf das Polizeiamt gebracht. Hier constatirt der herbeigerufene Polizeiarzt an dem nach Spirituosen riechenden Manne schwere Trunkenheit und behält zumeist Recht; mit dem Rausche verfliegt die Krankheit, welche auch zwei Tage lang anhalten kann. Manchmal aber stirbt der eingebrachte Trunkene auf der Polizeipritsche und die sanitätspolizeiliche Obduction ergibt als Todesursache eine Hirnblutung. Ich erinnere mich, vor nicht langer Zeit über einen solchen Fall in dem englischen Fachblatte „The Lancet“ gelesen zu haben und die dortige Jury (Coroners) gab ihr Votum ab auf „natürlichen Tod“. Es ist ja bekanntlich unter Umständen recht schwer, zwischen schwerer Trunkenheit und apoplektischem Insult die Differential-Diagnose zu machen.

In der am 9. d. M. abgehaltenen Sitzung der Wiener Aerztekammer wurde an Stelle des dahingeschiedenen Dr. Gauster der bisherige Vice-Präsident Primarius Dr. Heim zum Präsidenten und Dr. Josef Scholz zum Vice-Präsidenten gewählt.

Der Gemeinderath der Stadt Wien hat in dieser Woche den städtischen Sanitätsdienst endgiltig organisirt. Die Sache war ohnehin schon Jahre lang unnöthiger Weise verschleppt worden. Bei der Angliederung der neuen Bezirke an die Grossgemeinde Wien im Jahre 1891 musste man die in den bis dahin selbstständigen kleinen Gemeinden angestellten Aerzte übernehmen. Man begnügte sich Jahre lang mit einer provisorischen Organisation des Dienstes dieser Communalärzte und ging erst jetzt an die definitive Regelung des Gemeinde-Sanitätsdienstes. Dem Statute zufolge besitzt Wien, ausser dem Stadtphysicus, den zwei Physicus-Stellvertretern und drei Assistenten in der Centrale (Rathhaus), in jedem Bezirke einen oder zwei „städtische Bezirksärzte“ — im Ganzen 26 in verschiedenen Rangclassen mit Gehältern von 1700—2600 fl. und zwei Quinquennalzulagen von 100—200 fl. — sodann 57 „städtische Aerzte für Armenbehandlung und Todtenbeschau“, deren Gehälter 900 fl., mit zwei Quinquennien à 100 fl. und 400 fl. Quartiergeld betragen. Die jährlichen Mehrkosten dieser Organisation beziffern sich auf 62 000 fl. Uebrigens müssen auch die „städtischen Bezirksärzte“ (locale Physici) den Dienst der Todtenbeschau verrichten. Sieht man hievon und von manchen persönlichen unangenehmen Verhältnissen ab, so muss man zugestehen, dass diese Organisation eine für die ärztlichen Verhältnisse sehr günstige ist, mithin die Stellen im Sanitätsdienste der Stadt Wien gut dotirte sind. Die Regierung und die Länder zahlen ihre beamteten Aerzte viel schlechter. Es ist selbstverständlich, dass die städtischen Aerzte sämmtlich auch pensionsberechtigt sind, was von den Districtsärzten des Flachlandes nicht berichtet werden kann.

Während Wien und einige andere grössere Städte Oesterreichs „mit eigenen Gemeindestatuten“ sich die Sanitätsorgane selbst bestellen, fungiren überall im Reiche als Sanitätsorgane der politischen Behörden die von der Regierung bestellten und bezahlten „landesfürstlichen Bezirksärzte“. Diese beamteten Aerzte entwickeln eine ungemein verantwortungsvolle und fruchtbare Thätigkeit, da ihnen die Besorgung und Ueberwachung des gesammten Sanitätswesens eines Bezirkes obliegt. Sie müssen oft Inspectionsreisen machen, welche mehrere Tage in Anspruch nehmen, daher sie fast keine Privatpraxis und somit auch kein Nebeneinkommen besitzen.

Der Staat bezahlt nun diese seine Aerzte sehr schlecht. Während die städtischen Aerzte Wiens, deren Gehalte ich oben anführte, in der Beamtenhierarchie in die achte und neunte Rangklasse (einige wenige in die Rangklssse 10a) rangiren, sind $^3/_5$ der Gesammtzahl der landesfürstlichen Bezirksärzte in der zehnten und bloss $^2/_5$ in der neunten Rangklasse. Ein Avancement in die höheren Rangklassen gibt es nicht, jedes Land hat bloss einen Sanitätsreferenten bei der Statt-

halterei, welcher dem Landeschef direct untersteht. Die landesfürstlichen Bezirksärzte kamen daher in der Vorwoche in Wien zusammen, beriethen ihre traurige Situation und beschlossen sodann, an das Abgeordnetenhaus eine Petition zu richten, in welcher sie um Verbesserung ihrer materiellen Verhältnisse bitten.

In der dieswöchentlichen Sitzung unseres Obersten Sanitätsrathes wies Prof. Weichselbaum, derzeit Decan der Wiener medicinischen Facultät, „auf die andauernd fühlbaren nachtheiligen Wirkungen hin, welche durch die den Zeitverhältnissen und den wichtigen öffentlichen Dienstleistungen der l. f. Bezirksärzte nicht entsprechende materielle und dienstliche Stellung derselben, sowie durch den Mangel eines organisirten höheren sanitären Inspectionsdienstes auf die Handhabung und zeitgemässe Entwicklung des staatlichen Sanitätsdienstes, sowie auf die Entfaltung einer umfassenden Thätigkeit des Obersten Sanitätsrathes selbst ausgeübt werde.“ Der Oberste Sanitätsrath erneuerte die schon in früheren Jahren von ihm ausgegangene Anregung, dass dem gedachten Mangel in der Organisation des staatlichen Sanitätsdienstes baldigst abgeholfen werden möge.

Das Mai-Avancement unserer Militärärzte ist recht befriedigend ausgefallen. Ernannt wurden dem „Militärarzt“ zufolge: 1 Generalstabsarzt, 6 Oberstabsärzte erster, 11 zweiter Classe, 15 Stabsärzte, 44 Regimentsärzte erster und ebenso viele zweiter Classe, zusammen 121 Aerzte, eine stattliche Zahl, fast ein Zehntel des ganzen Corps! Mit Berücksichtigung der aussertourlich Beförderten sind aus ihrer Charge aufgestiegen: 1 General-Stabsarzt nach 4 Jahren, 6 Ober-Stabsärzte erster Classe nach 2—3½, 11 Ober-Stabsärzte zweiter Classe nach 5 bis 6½, 15 Stabsärzte nach 17—19 Jahren, 44 Regimentsärzte erster Classe nach 2—2¾ und 44 Regimentsärzte zweiter Classe nach 2—3 Jahren. Aussertourlich avancirten 2 Stabsärzte und 3 Regimentsärzte. Alle diese Avancements haben im militärärztlichen Officiercorps den besten Eindruck hervorgerufen.

Verschiedenes.

(Galerie hervorragender Aerzte und Naturforscher.) Der heutigen Nummer liegt bei, als 49. Blatt der Galerie, das Portrait des jüngst verstorbenen Physiologen Carl Ludwig. Nekrolog folgt in nächster Nummer. — Das Portrait C. Thiersch's brachten wir bereits gelegentlich der Feier von Th.'s 70. Geburtstag mit No. 16 Jahrg. 1892. Wir stellen das Bild allen unseren Lesern, die es noch nicht besitzen, gerne zur Verfügung.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 14. Mai. Bezüglich der Honoraransprüche ärztlicher Autoritäten ist ein Civilprocess von Interesse, dessen Ergebniss in den „Bl. f. R.“ mitgetheilt wird. Prof. Baginski, der Director des Kaiser und Kaiserin Friedrich-Krankenhauses, hatte dem Kinde eines gut situirten Mannes ärztliche Hilfe geleistet und dafür ein Honorar von 250 M. gefordert, während ihm für 7—8 Besuche nur 150 M. zugebilligt werden sollten. Es kam darüber zum Process, wobei sich der Beklagte u. a. auch auf die preussische Medicinaltaxe vom 21. Juni 1815 berief. Die Urtheile des Amtsgerichts und Landgerichts lassen sich nun dahin aus: Die Medicinaltaxe von 1815 ist auch jetzt noch rechtsgiltig und maassgebend, falls nicht dieselbe durch ausdrückliche oder auch nur stillschweigende Vereinbarung für ausgeschlossen zu erachten ist. Nach Ansicht beider Instanzen liegt nur stillschweigendes Uebereinkommen, die Sätze der Taxe nicht in Anwendung zu bringen, ohne weiteres vor, sobald man eine ärztliche Autorität in Anspruch nimmt. Wenn Aerzte von Ruf und insbesondere Specialärzte durch das Publicum in Anspruch genommen werden, so wisse dasselbe von vornherein, dass jene nach den Sätzen der Medicinaltaxe eine Behandlung nicht übernehmen, dass sie sich auf dieselbe vielmehr nur einlassen, wenn ihnen eine ihrem Ansehen entsprechende Vergütung gewährt wird. Der Hilfe suchende Patient denke gar nicht daran, die Thätigkeit eines solchen Arztes mit den Sätzen der Taxe zu lohnen.

— In der Legislatur der Staaten Massachussets und New-York ist eine Gesetzesvorlage eingebracht worden, welche die Lebensversicherung von Kindern unter 10 Jahren verbietet. Die Nothwendigkeit eines solchen Gesetzes hat sich dadurch ergeben, dass das Versichertsein der Kinder fast immer einen deletären Einfluss auf dieselben hatte; die Versicherungssumme war geradezu eine Prämie für die Beseitigung der versicherten Kinder. Das Gesetz soll somit einen wahrhaft verbrecherischen, wie es scheint jedoch häufig geübten Unfug abstellen.

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatten in der 17. Jahreswoche, vom 21.—27. April 1895, die grösste Sterblichkeit Brandenburg mit 30,9, die geringste Sterblichkeit Osnabrück mit 8,3 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Diphtherie und Croup in Dessau.

— Herr Dr. Theilhaber hat mit 1. d. Mts. in seinem Hause, Findlingstr. 23, eine gynäkologische Heilanstalt errichtet.

(Universitäts-Nachrichten.) **Berlin.** Zum Custos des Hygiene-Museums ist an Stelle des Privatdocenten Dr. Thierfelder, der die chemische Abtheilung des physiologischen Instituts übernommen hat, Privatdocent Dr. Günther ernannt worden. — **Bonn.** Als Privatdocent habilitirte sich Dr. Ernst Schultze aus Mörs mit einer Antrittsvorlesung: „Ueber die Theorie des geborenen Verbrechers und ihre Folgen.“ — **Halle.** An der medicinischen Facultät der hiesigen Universität habilitirte sich Dr. F. Haasler mit einer Antrittsvorlesung: „Ueber die Vorzüge der aseptischen Wundbehandlung gegenüber der antiseptischen“. — **Marburg.** Prof. Behring, der vor 1 Monat als ausserordentlicher Professor der Hygiene hierher berufen wurde, ist nunmehr zum ordentlichen Professor ernannt worden. Die Marburger Hygine-Professur ist bereits unter Rubner und C. Fränkel ein Ordinariat gewesen.

Petersburg. Der „Verein russischer Aerzte“ in Petersburg veranstaltete am 2. Mai zum Gedächtniss des kürzlich verstorbenen grossen Leipziger Physiologen Carl Ludwig eine Feier. Die Professoren Popow, Lukjanow und Newski beleuchteten und feierten die hohen Verdienste des deutschen Gelehrten.

(Todesfälle.) In Wiesbaden starb am 3. ds. Mts. Dr. Emil Noeggerath, früher Professor am Medical-College zu New-York. N. hat sich bedeutende Verdienste erworben um die Lehre von der Gonorrhoe, indem er zuerst auf den gonorrhoischen Ursprung vieler Sexualleiden des Weibes hinwies.

Am 5. Mai starb in London, 65 Jahre alt, der frühere medicinische Berather des brittischen Localverwaltungsamtes, Sir George Buchanan. Der Verstorbene hat sich um die staatliche Hygiene hochverdient gemacht. Sir George war Präsident des in London im Jahre 1891 abgehaltenen internationalen hygienischen Congresses.

Personalnachrichten.

Bayern.

Niederlassungen. Dr. Georg Hammermayer und Dr. Franz X. Pottinger, beide in Regensburg.

Gestorben. Der kgl. Hofrath Dr. Ludwig Auer, in Landshut, Mitglied des kgl. Kreis-Medicinal-Ausschusses; Dr. Otto Schreyer, Bahn-, Krankenhaus- und Polizeiarzt, Mitglied des kgl. Kreis-Medicinal-Ausschusses in Landshut.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 18. Jahreswoche vom 28. April bis 4. Mai 1895.

Betheil. Aerzte 390. — Brechdurchfall 18 (17*), Diphtherie, Croup 37 (42), Erysipelas 18 (26), Intermittens, Neuralgia interm. 2 (4), Kindbettfieber 5 (1), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 9 (22), Ophthalmo-Blennorhoea neonatorum 5 (4), Parotitis epidemica 8 (6), Pneumonia crouposa 28 (32), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 25 (37), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 30 (20), Tussis convulsiva 7 (10), Typhus abdominalis 3 (—), Varicellen 9 (15), Variolois — (—). Summa 204 (236). Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 18. Jahreswoche vom 28. April bis 4. Mai 1895.

Bevölkerungszahl 396000.

Todesursachen: Masern 1 (—*), Scharlach — (2), Diphtheritis und Croup — (5), Rothlauf — (3), Kindbettfieber 1 (—), Blutvergiftung (Pyämie etc.) 1 (—), Brechdurchfall 2 (1), Unterleibtyphus — (—), Keuchhusten 3 (2), Croupöse Lungenentzündung 2 (6), Tuberculose a) der Lungen 29 (27), b) der übrigen Organe 3 (6), Acuter Gelenkrheumatismus — (—), Andere übertragbare Krankheiten 4 (5), Unglücksfälle 1 (—), Selbstmord 4 (—), Tod durch fremde Hand — (1), Sonstige Todesursachen 8 (8).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 156 (176), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im allgemeinen 20,5 (23,1), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 13,7 (16,3), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 13,1 (14,9).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.